

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. (Dewi. 2011) Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. (Prawirohardjo. 2010) Kehamilan dibagi atas 3 Trimester, yaitu:

1. Kehamilan Trimester I antara 0-12 minggu.
2. Kehamilan Trimester II antara 12-28 minggu.
3. Kehamilan Trimester III antara 28-40 minggu

2.1.2. Perubahan Fisiologi dalam Kehamilan

1. Uterus

Rahim yang semula besarnya sejempol atau 30 gram akan mengalami hipertropi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. (Manuaba. 2014) Gambaran tinggi fundus uteri:

- a. 16 minggu: Tinggi fundus uteri setengah dari jarak symphysis dan pusat.
- b. 20 minggu: Tinggi fundus uteri terletak 2 jari di bawah pusat

- c. 24 minggu: Tinggi fundus uteri tepat ditepi atas pusat
- d. 28 minggu: Tinggi fundus uteri sekitar 3 jari atas pusat
- e. 32 minggu: Tinggi fundus uteri setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat
- f. 36 minggu: Tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus
- g. 40 minggu: Tinggi fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena saat ini kepala janin sudah masuk PAP. (Manuaba. 2014)

2. Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogense* hingga tampak makin merah dan kebiru-biruan (tanda *chadwicks*). (Manuaba. 2014)

3. Serviks

Serviks terdiri atas jaringan fibrosa. Adanya hormon estrogen dan hormon plasenta menyebabkan serviks menjadi lunak. (Varney. 2014)

4. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. (Manuaba. 2014)

5. Serviks

Serviks uteri pada saat kehamilan, mengalami perubahan hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat,

dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak.

6. Ovarium

Pada permulaan kehamilan terdapat korpus luteum gravidarum sampai terbentuknya plasenta pada umur 16 minggu, yang kemudian akan mengecil setelah plasenta terbentuk.

7. Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing. (Manuaba. 2014)

8. Traktus digestivus

Pada Trimester III ini, traktus digestivus akan mengalami suatu perubahan seorang wanita yang sebelumnya mungkin tidak punya masalah konstipasi, mungkin selama trimester II atau III ini akan mengalami masalah tersebut. Konstipasi disebabkan oleh menurunnya gerakan peristaltik yang diakibatkan relaksasi otot halus diusus besar. Relaksasi ototini terjadi karena peningkatan jumlah progesterone.

9. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, volume darah dalam kehamilan bertambah secara fisiologik, volume darah akan bertambah banyak kira-kira 25 % pada

usia kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak 30%.

10. Sistem respirasi

Pada kehamilan 32 minggu ke atas, ibu hamil tidak jarang mengeluh sesak dan pendek nafas, hal ini disebabkan karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat 20%. (Manuaba. 2014)

11. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh MSH (*Melanophore Stimulating Hormone*). Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum, areola mammae, pipi / *chloasma gravidarum*.

12. Metabolisme

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meninggi, sistem endokrin juga meninggi dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tireoida). BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada trimester terakhir

Berat badan wanita hamil naik kira-kira 6,5-16,5 kg, rata-rata 12,5 kg. Berat badan ini terjadi terutama dalam kehamilan 20 minggu terakhir. Kenaikan berat badan dalam kehamilan disebabkan oleh hasil konsepsi fetus (plasenta, dan air ketuban), juga dari ibu (uterus, mammae

yang membesar, volume darah yang meningkat, lemak dan protein yang banyak). (Manuaba. 2014)

13. Perubahan psikologis

- a. Sering disebut periodemenunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu bayinya.
- b. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya.
- c. Kadang ibumerasa khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu.
- d. Ibu merasa khawatir kalau bayi yang dilahirkannya tidak normal.
- e. Ibu bersikap melindungi bayinya.
- f. Ibu mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada waktu melahirkan.
- g. Rasa tidak nyaman timbul kembali.
- h. Ibu merasa dirinya jelek dan aneh.
- i. Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil.
- j. Ibu memerlukan penjelasan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan dalam memberikan support pada ibu menghadapi persalinan.
- k. Saat ini merupakan saat persiapan akhir untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua.
- l. Keluarga menduga-duga jenis kelamin bayi, mirip siapa.
- m. Sudah memilih nama untuk bayinya. (Varney. 2014)

1. Gangguan respirasi menyebabkan 44% kematian yang terjadi pada umur kurang dari 1 bulan. Jika berat bayi kurang dari 1.000 gram, angka kematian naik menjadi 74%.
2. Karena lunaknya tulang tengkorak dan immaturitas jaringan otak, bayi prematur lebih rentan terhadap kompresi kepala.
3. Perdarahan intracranial lima kali lebih sering pada bayi prematur dibandingkan pada bayi aterm. Kebanyakan keadaan ini terjadi akibat anoksia.
4. *Cerebral palsy* lebih sering dijumpai pada bayi-bayi prematur.
5. Prognosis untuk kesehatan fisik dan intelektual pada bayi berat badan lahir rendah belum jelas sekalipun telah dilakukan sejumlah penyelidikan. Tampaknya terdapat insidensi kerusakan organik otak yang lebih tinggi pada bayi-bayi prematur (meskipun banyak orang-orang jenius dilahirkan sebelum aterm. (Hanafi. 2013)

Pada pusat pelayanan yang maju dengan fasilitas yang optimal, bayi yang lahir dengan berat 2.000-2.500 gram mempunyai harapan hidup lebih dari 97%. 1.500-2.000 gram lebih dari 90%, dan 1.000- 1.500 gram sebesar 65-80%. (Arief. 2011)

2.1.3. Usia Kehamilan Berisiko

Faktor risiko yang sering dijumpai pada ibu hamil salah satu diantaranya yaitu umur ≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun. Untuk kehamilan diusia ≤ 20 tahun dianggap masih berbahaya. Hal ini karena secara fisik dan secara mental dan psikologis masih belum cukup matang dan dewasa untuk

menghadapi kehamilan dan persalinan. Kehamilan diusia ≤ 20 tahun (Wiknjosastro. 2013).

Wanita dewasa berumur lebih dari 35 tahun ke atas, kondisi organ-organ reproduksinya berbanding terbalik dengan yang di bawah 20 tahun. Pada umur itu wanita mulai mengalami proses penuaan dengan kondisi seperti itu maka terjadi regresi atau kemunduran dimana alat reproduksi tidak sebagus layaknya normal, sehingga sangat berpengaruh pada penerimaan kehamilan dan proses melahirkan (Wiknjosastro. 2013).

2.1.4. Dampak Terjadinya Kehamilan pada Usia Berisiko

1. Persalinan caesar

Sebagian besar persalinan pada calon ibu diusia rawan dilakukan lewat operasi Caesar. Masalah-masalah dalam persalinan biasanya terjadi pada perempuan yang pertama kali melahirkan di usia 35 tahun.

2. Kelainan kromosom

Kualitas kromosom perempuan di usia menjelang 40 tahun tidak sebaik di usia muda. Akibatnya resiko melahirkan anak dengan cacat fisik atau mental akan lebih besar.

3. Keguguran lebih besar

Risiko terjadinya keguguran pada ibu berusia matang juga lebih besar. Hal ini mungkin terjadi karena menurunnya kualitas kromosom ibu

4. Obesitas

Kelebihan berat badan atau obesitas, umum dialami wanita hamil diusia berapapun. Namun, obesitas akan meningkat setelah usia 35 tahun. Kenaikan berat badan normal pada saat kehamilan berkisar antara 12-16 kg, jika kenaikan yang terjadi lebih dari itu berarti ibu beresiko mengalami kegemukan atau obesitas. Obesitas akan membawa resiko penyakit yang lain seperti preeklamsia, diabetes gestasional, hipertensi, dan lain-lain. Ibu hamil yang obes juga lebih banyak disarankan untuk menjalani persalinan dengan operasi Caesar. Alasannya adalah kegemukan akan membuat ibu sulit bersalin secara alami dan beresiko komplikasi jika tetap melahirkan secara alami. Tak hanya itu, bayipun akan ikut terpengaruh oleh berat ibu yang berlebihan.

5. Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi tekanan darah melebihi batas normal. Pada kehamilan, hipertensi biasanya muncul pada trimester ketiga, atau tiga bulan terakhir kehamilan. Peningkatan hipertensi ini sering terjadi pada kehamilan anak pertama dan ibu hamil di atas 35 tahun.

6. Preeklampsia

Meningkatnya tekanan darah dan kadar protein dalam urin dapat memicu preeklamsia. Kondisi preeklampsia dapat berkembang menjadi eklampsia atau keracunan kehamilan yang ditandai dengan kejang pada ibu dan penurunan kesadaran pada saat persalinan, atau kejang selama dua hari atau lebih setelah melahirkan. Kejadian sangat membahayakan,

karena dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi (Prawirohardjo. 2016)

2.1.5. Cara Mengurangi Resiko Kehamilan pada Usia Berisiko

Cara mengurangi resiko yang ada dalam melahirkan diatas usia tua, yaitu:

1. Konsultasikan kehamilan pada ahlinya
2. Proses persalinan sebaiknya dilakukan dirumah sakit yang memiliki fasilitas yang memenuhi standar
3. Lakukan tes amniosentesis pada awal kehamilan
4. Pemeriksaan laboratorium
5. Upaya medis untuk mencegah hipertensi dan cacat bawaan
6. Melakukan latihan, diet serta perawatan pralahir dapat mengurangi resiko kehamilan diusia tua (Prawirohardjo. 2016)

2.1.6. Nyeri Punggung

Nyeri punggung selama kehamilan diakibatkan karena meningkatnya hormon progesteron dan relaxin yang merangsang peregangan otot-otot daerah punggung, pertumbuhan ukuran uterus yang mengarah ke depan, dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak kebelakang (Manuaba, 2014).

Biasanya gejala-gejala nyeri punggung yang timbul selama kehamilan adalah nyeri yang sifatnya menjalar mulai dari punggung, paha sampai kaki. Pembesaran uterus menimbulkan sakit punggung bagian

bawah. Hal ini karena rahim menekan dua saraf sciatic yang berada di punggung bagian bawah hingga kaki, tekanan ini menyebabkan sciatica. Ibu hamil akan merasa kesemutan atau gatal disekitar pantat, pinggul atau paha. Ketika bayi mengubah posisi mendekati waktu kehamilan, nyeri pinggul semakin berkurang (Nugraha, 2013).

Penanganan atau meringankan nyeri punggung pada masa kehamilan bisa dilakukan beberapa cara sebagai berikut:

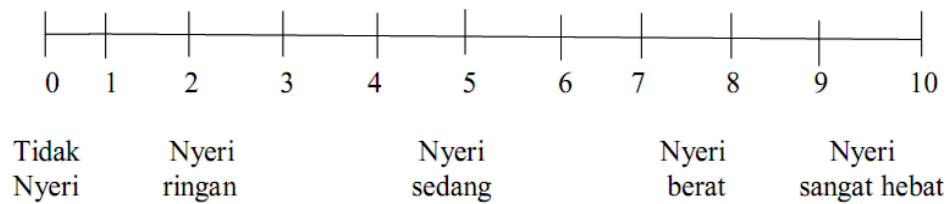
1. Kinesiotaping
2. Posisi tidur
3. Bodi mekanik
4. Kompres hangat
5. Endorphin massage
6. Senam Hamil (Ida Sofiyanti, 2016; Maryunani dan Sukarti, 2014; Maryani, 2016; Kartikasari, 2016).

2.1.7. Penilaian Keluhan Nyeri Punggung

Nyeri punggung pada ibu hamil merupakan pernyataan subyektif kualitas nyeri yang dialami oleh ibu hamil yang meliputi perasaan sakit, ngilu, kesemutan, seperti teriris, tertusuk dan rasa tidak enak yang dirasakan saat hamil yang bersifat nyeri lokal atau menjalar ke tungkai. Penilaian ini dengan cara menggunakan skala nyeri.

Skala nyeri menggunakan Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi

kata dengan menggunakan skala 1-10 (Potter dan Perry, 2015; Sri Rejeki, 2013).



Kategori skala numerik 1-10 berdasarkan pembagian masing-masing kategori diantaranya:

0. Tidak ada keluhan nyeri

Nyeri ringan :

1. Ada rasa nyeri
2. Klien dapat berkomunikasi dengan baik
3. Ada rasa nyeri tapi dapat ditahan

Nyeri sedang :

4. Klien dapat mendeskripsikan nyeri
5. Klien dapat menunjukkan lokasi nyeri dan dapat mengikuti perintah dengan baik
6. Klien dapat mengikuti perintah tetapi merintih atau mendesis

Nyeri Berat

7. Tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan nafas panjang
8. Pasien menjerit dan berteriak
9. Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi

Nyeri sangat berat :

10. Pasien melakukan pemukulan (Potter dan Perry, 2015; Sri Rejeki, 2013).

2.1.8. *Endorphin Massage*

Endorphin Massage atau teknik sentuhan dan pemijatan ringan ini sangat penting bagi ibu hamil untuk membantu memberikan rasa tenang dan nyaman, baik menjelang maupun saat proses persalinan akan berlangsung. Constance Palinsky dari Michigan yang banyak meneliti mengenai manajemen nyeri, tergerak menggunakan *endorphin massage* untuk mengurangi atau meringankan rasa sakit pada ibu yang akan melahirkan. Selanjutnya, ia menciptakan *endorphin massage*, sebuah teknik sentuhan dan pemijatan ringan yang dapat menormalkan denyut jantung dan tekanan darah, serta meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh ibu hamil dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit (Kuswandi, 2011).

Penelitian Kartikasari (2016) mengenai pengaruh *endorphin massage* terhadap penurunan intensitas nyeri punggung ibu hamil didapatkan hasil bahwa *endorphin massage* berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri punggung.

Endorphin massage sebaiknya dilakukan pada ibu hamil yang usia kehamilannya sudah memasuki 36 minggu, karena pada usia ini *endorphin massage* dapat memberikan kenyamanan terutama pada saat nyeri punggung dan merangsang keluarnya hormon oksitosin yang bisa memicu datangnya proses persalinan.

Efektivitas *endorphin massage* dilaksanakan setidaknya selama 20 menit dan dilakukan setiap hari selama 1 minggu (Tim Pro V Clinic, 2018).

Menurut Kuswandi (2011), teknik *endorphin massage* ada 2 cara antara lain :

Cara 1 :

1. Ambil posisi senyaman mungkin, bisa dilakukan dengan duduk, atau berbaring miring. Sementara pendamping persalinan berada di dekat ibu (duduk di samping atau di belakang ibu).
2. Tarik napas yang dalam lalu keluarkan dengan lembut sambil memejamkan mata. Sementara itu pasangan atau suami atau pendamping persalinan mengelus permukaan luar lengan ibu, mulai dari tangan sampai lengan bawah. Mintalah ia untuk membelainya dengan sangat lembut yang dilakukan dengan menggunakan jari-jemari atau hanya ujung-ujung jari saja.



Gambar 2.1 Massage Lengan

3. Setelah kurang lebih 5 menit, mintalah pasangan untuk berpindah ke lengan/ tangan yang lain.

4. Meski sentuhan ringan ini hanya dilakukan di kedua lengan, namun dampaknya luar biasa. Ibu akan merasa bahwa seluruh tubuh menjadi rileks dan tenang.

Cara 2 :

Teknik sentuhan ringan ini juga sangat efektif jika dilakukan di bagian punggung. Caranya :

1. Ambil posisi berbaring miring atau duduk.
2. Pasangan atau pendamping persalinan mulai melakukan pijatan lembut dan ringan dari arah leher membentuk huruf V terbalik, ke arah luar menuju sisi tulang rusuk.



Gambar 2.2 Massage Punggung

3. Terus lakukan pijatan-pijatan ringan ini hingga ke tubuh ibu bagian bawah belakang.



Gambar 2.3 Massage Bagian Belakang

4. Suami dapat memperkuat efek pijatan lembut dan ringan ini dengan kata-kata yang menentramkan ibu. Misalnya, sambil memijat lembut, suami bisa mengatakan, “Saat aku membelai lenganmu, biarkan tubuhmu menjadi lemas dan santai,” atau “Saat kamu merasakan setiap belaianku, bayangkan endorphen-endorphin yang menghilangkan rasa sakit dilepaskan dan mengalir ke seluruh tubuhmu”. Bisa juga dengan mengungkapkan kata-kata cinta.
5. Setelah melakukan *endorphin massage* sebaiknya pasangan langsung memeluk istrinya, sehingga tercipta suasana yang benar-benar menenangkan (Kuswandi, 2011).

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian

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

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sumarah. 2013)

Partus biasa (normal) disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada LBK (letak belakang kepala) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. (Sumarah. 2013)

2.2.2 Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan.

1. Teori penurunan hormon 1-2 minggu sebelum partus mulai mengalami penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.
2. Teori plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar ekstrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim.

3. Teori distensi rahim; rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.
4. Teori iritasi mekanik; di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

Indikasi partus (*induction of labour*) partus dapat pula ditimbulkan dengan gejala :

1. Gangguan laminaria–beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*
 2. Amniotomi : pemecahan ketuban.
 3. Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan perinfuse.
- (Sumarah. 2013)

2.2.3 Tanda-tanda inpartu

Tanda-tanda inpartu, antara lain :

1. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
 2. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
 3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
 4. Pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada.
- (Purwaningsih. 2014)

2.2.4 Tahapan persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi:

1. Kala I

Adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 (nol) sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase:

- 1) Fase laten (8 jam) : pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm.
- 2) Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm.
 - a) Fase akselerasi : pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, berlangsung 2 jam.
 - b) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, berlangsung 2 jam.
 - c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat 9 cm menjadi 10 cm, berlangsung 2 jam.

Berdasarkan kurve Friedman, ditemukan perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu :

- a. Primi : pembukaan 1 cm / jam dan Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI (ostium Uteri Internum) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka.

- b. Multi : pembukaan 2 cm / jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama. (Sumarah, 2013)

2. Kala II (pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Kala II pada primi 2 jam dan pada multi 1 jam. (Sumarah. 2013.)

3. Kala III (Pelepasan Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. (Sumarah. 2013.)

4. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. (Sumarah. 2013.)

Tujuannya asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Sumarah. 2013.)

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c) Kontraksi uterus.

- d) Terjadinya perdarahan (normal jika perdarahannya tidak melebihi 400-500 cc). (Sumarah. 2013.)

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor , yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan. (Manuaba, 2016)

Berdasarkan pada ciri-ciri bentuk PAP ada 4 bentuk dasar panggul, yaitu :

- 1) *Ginekoid* : paling ideal, bulat 45%
- 2) *Android* : panggul pria, segitiga 15%
- 3) *Anthropoid* : agak lonjong seperti telur 35%. (Yanti. 2015)

b. *Passanger*(janin)

- 1) Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4,536 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran.

Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan rupture uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan. (Yanti. 2015)

Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting, dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya.

kepala atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul. (Wiknjosastro. 2012)

Pada makrosomia (berat badan janin lahir $\geq 4500\text{gr}$) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir. (Saifuddin. 2015)

c. *Power*

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus (*uterine contraction*) selama atau pada saat persalinan. His yang sempurna mempunyai kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris dengan fundal dominan, kuat dan lebih lama 60-90 detik. (Mochtar. 2012)

Pada akhir kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10 menit (2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg. (Siswosudarmo. 2013)

Sifat-sifat his yang baik adalah :

- a) Teratur.
- b) Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama.
- c) Ada dominansi fundus.
- d) Menghasilkan pembukaan dan atau penurunan kepala.

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

(1) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi

ibu maupun bagi janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama, hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas janin.

(2) Inersia uteri sekunder

Adalah timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu lama. Ditemukan pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan. Inersia uteri menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat-akibatnya pada ibu dan janin

(3) Incoordinate *uterine action*

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa, karena tidak adanya sinkronasi antara kontraksi bagian- bagiannya.

Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Kadang-kadang persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, menyebabkan penyempitan kavum uteri yaitu pada lingkaran kontraksi. Dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam dan pembukaan yang sudah lengkap.

Menyebabkan persalinan tidak maju karena distosia servikalis. Pada primigravida kala I menjadi lebih lama, menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

(Wiknjosastro. H. 2012)

d. Penolong persalinan

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi atau perasaan maupun fisik. (Saifuddin. 2015)

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik. (Yanti. 2015)

Pada kasus yang ditangani oleh dukun atau tenaga paramedis yang tidak kompeten, sering kali penderita disuruh mengejan walaupun pembukaan belum lengkap. Akibatnya serviks menjadi edema dan menghambat pembukaan lebih lanjut, ibu mengalami kelelahan sehingga persalinan berlangsung lama. Pada kala II ibu sudah tidak dapat mengejan menyebabkan kala II tidak maju atau kala II lama. (Siswosudarmo.2013).

2.2.6 Lama persalinan

Lama adalah panjangnya waktu, sejak dahulu kala. (Yanti. 2015)

a. Kala I

Kilpatric dan Laros (1989) melaporkan bahwa merata lama persalinan kala I dan kala II adalah sekitar 9 jam pada nulipara tanpa analgesia regional, dan pada multipara adalah sekitar 6 jam. Mereka mendefinisikan awal persalinan sebagai waktu saat wanita mengalami kontraksi teratur yang nyeri 3 sampai 5 menit dan menyebabkan pembukaan serviks. Pembukaan serviks saat wanita dirawat tidak

disebutkan. Paritas dan pembukaan serviks saat dirawat merupakan penentu yang penting terhadap lama persalinan.

Median durasi kala II adalah 50 menit pada nulipara dan 20 menit pada multipara, tetapi hal ini dapat sangat bervariasi. Pada seorang wanita yang mempunyai paritas lebih tinggi dengan vagina dan perineum yang lemas, untuk menyelesaikan kelahiran bayi cukup membutuhkan dua atau tiga daya dorong setelah pembukaan servik lengkap. (14)

b. Kala II Persalinan (Kala Pengeluaran Janin)

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Median durasinya adalah 50 menit untuk nulipara dan 20 menit untuk multipara. Pada wanita dengan paritas tinggi yang vagina dan perineumnya sudah melebar, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya pada seorang wanita dengan panggul sempit atau janin besar atau dengan kelainan gaya ekspulsif akibat anesthesia regional maka kala II dapat sangat memanjang. Gejala utama kala II adalah :

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.
Perineum menonjol.
- c. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.

- d. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya :

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. (Saifuddin. 2015)

2.2.7 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 fase aktif pada persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks pada pemeriksaan dalam
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat
4. Secara rinci pada status atau rekam medis ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

1. Mencatat kemajuan persalinan
2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf mengintruksikan observasi dimuali fase aktif persalinan dan menyediakan lajur kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan.

1. Informasi tentang ibu (nama, umur, gravida, paritas, abortus atau keguguran, nomor rekam medic, tanggal dan waktu, waktu pecah ketuban)
2. Kondisi janin (DJJ, warna dan air ketuban, penyusupan (molage) kepala janin)
3. Kemajuan persalinan (Pembukaan servicks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak)
4. Jam dan waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu actual saat persalinan dan penilaian)
5. Kontraksi uterus (frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi (dalam detik)
6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan (oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan)

7. Kondisi ibu (nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, urin (aseton, volume, protein). (Prawirohardjo. 2010)

2.2.8 Standar Asuhan Kala I sampai Kala IV

Standar asuhan persalinan normal meliputi (JNPK-KR, 2017):

1) Kala I persalinan

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Tanda dan gejala persalinan antara lain: penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit) dan keluarnya cairan lender bercampur darah melalui vagina.

Kala satu persalinan dibagi menjadi 2 fase meliputi, fase laten yaitu dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan fase aktif dimulai sejak pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm.

Asuhan yang dilakukan selama kala I meliputi:

- a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu bersalin, perhatikan adanya tanda-tanda penyulit atau kondisi gawatdarurat dan segera lakukan tindakan yang sesuai apabila diperlukan untuk memastikan proses persalinan akan berlangsung secara aman

- b) Pengenalan dini terhadap masalah dan penyulit, selama anamnesis dan pemeriksaan fisik tetap waspada terhadap indikasi-indikasi kegawatdaruratan dan segera lakukan tindakan yang diperlukan
- c) Persiapan asuhan persalinan, meliputi ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan, persiapan rujukan dan memberikan asuhan saying ibu.
- d) Pengisian partograf, sebagai alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Pemantauan dan pemeriksaan selama kala I yaitu pemeriksaan tekanan darah setiap 4 jam, suhu badan setiap 2 jam, nadi setiap 30 menit, denyut jantung janin setiap 1 jam, kontraksi setiap 1 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam.

2) Kala II persalinan

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Asuhan kala dua antara lain:

a) Mengenal gejala dan tanda kala dua persalinan

Gejala dan tanda kala dua persalinan yaitu ibu merasakan ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum, perineum menonjol,

vulva-vagina dan sfingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

b) Menyiapkan peralatan untuk pertolongan persalinan

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi.

c) Amniotomi Jika selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka perlu dilakukan tindakan amniotomi. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi

d) Memimpin persalinan Pada saat memimpin persalinan, penolong segera melakukan pertolongan persalinan dengan mengintruksikan ibu untuk meneran, mengatur posisi ibu saat melahirkan, melakukan pencegahan laserasi, melahirkan kepala dan membantu melahirkan seluruh tubuh bayi.

3) Kala III Persalinan

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala uri

biasanya terjadi tidak lebih dari 30 menit. Pada kala uri dilakukan manajemen aktif kala tiga (MAK tiga) yang bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan. Langkah-langkah dari MAK tiga adalah pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat dan massase fundus uteri

4) Kala IV Persalinan

Kala empat persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Saat kala empat persalinan dipantau tanda-tanda vital ibu, kontraksi uterus, kandung kemih dan pengeluaran darah setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua. Semua hasil pemeriksaan selama persalinan kala empat di dokumentasikan pada lembar belakang partograf.

2.3 Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah keluarnya plasenta sampai alat – alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Marni. 2015)

Pada masa nifas ini terjadi perubahan – perubahan fisiologis, yaitu :

- a. Perubahan fisik
- b. Involusi uterus dan pengeluaran lochea
- c. Laktasi / pengeluaran air susu ibu
- d. Perubahan sistem tubuh lainnya

- e. Perubahan psikis

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Pada masa nifas ini terjadi perubahan-perubahan fisik maupun psikis berupa organ reproduksi, terjadinya proses laktasi, terbentuknya hubungan antara orang tua dan bayi dengan memberi dukungan. Atas dasar tersebut perlu dilakukan suatu pendekatan antara ibu dan keluarga dalam manajemen kebidanan. Adapun tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas yaitu untuk:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- c. Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.3.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Asuhan kebidanan pada masa nifas merupakan hal yang sangat penting, karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayinya. Adapun peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas antara lain :

- a. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

- b. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- c. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- d. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- e. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- f. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarga mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekan kebersihan yang aman.
- g. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, mengidentifikasi, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- h. Memberikan asuhan secara profesional. (Marni. 2015)

2.3.4 Tahapan Dalam Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

b. Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. Puerperium Remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. (Sunarsih, 2015)

2.3.5 Program dan Kebijakan Teknis

Tabel 2.1

Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-3 hari jam post partum	a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. d. Pemberian ASI awal e. Mengajarkan cara memperat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	3-28 hari	a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan

		baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui e. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	29-42 hari	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

2.3.6 Perubahan Fisiologis Pada Waktu Nifas

a. Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilicus dan symphysis, atau sedikit lebih tinggi. (Marni. 2015)

Tabel 2.2

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa a. involusi

Involusi	TFU	Berat
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr

6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi seperti sebelum hamil	30 gr

b. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita pada masa nifas :

- 1) Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan meconium selama 2 hari pasca persalinan. Keluar selama 2-3 hari postpartum.
- 2) Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Lochea ini berwarna kuning kecoklatan. Keluar selama 4-9 hari.
- 3) Lochea alba adalah Lochea yang terakhir. Lochea ini berwarna putih dan mempunyai ciri-ciri selaput lendir serviks dan selaput jaringan mati. (Manuaba. 2017)

2.3.7 Kebutuhan Dasar ibu nifas

Kebutuhan dasar pada ibu nifas diantaranya yaitu :

1. Nutrisi dan cairan
 - a) Ibu menyusui perlu tambahan 500 kalori setiap hari

- b) Zat besi harus diminum selama 40 hari pasca bersalin
- c) Kebutuhan cairan setiap hari ± 3 liter
- d) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah lahir dan 24 jam selanjutnya agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi dini

Ambulasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing ibu nifas bangun dari tempat tidurnya dan berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dini diajarkan setelah 2 jam (ibu boleh miring kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya tromboplebitis).

3. Kebersihan diri

Sarankan ibu untuk mengganti pembalut minimal 2 kali per hari atau setiap 3-4 jam sekali.

4. Istirahat

Kegembiraan yang dialami ibu setelah melahirkan dapat membuat ibu sulit untuk beristirahat, ibu seringkali cemas akan kemampuannya dalam merawat bayi. Untuk itu, ibu disarankan untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan.

5. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti.

6. Keluarga Berencana

Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin (minipil), suntikan progestin, kontrasepsi implant, dan kontrasepsi dalam rahim. Menganjurkan ibu untuk dapat dimulai 2 minggu setelah persalinan.

7. Latihan atau senam nifas

Senam nifas bertujuan untuk mempercepat pertumbuhan, mencegah timbulnya komplikasi, dan memulihkan serta menguatkan otot otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut. (Saleha. 2015)

2.3.8 Tanda Bahaya Ibu Nifas

1. Lochea yang berbau busuk.
2. Nyeri pada perut atau pelvis
3. Pusing atau lemas yang berlebihan
4. Suhu tubuh ibu $> 38^{\circ}\text{C}$
5. Tekanan darah meningkat
6. Ibu mengalami kesulitan menyusui karena ada bagian payudara yang kemerahan, terasa panas, bengkak dan ada pus.
7. Terdapat masalah mengenai makan dan tidur. (Saleha. 2015)

2.3.9 Infeksi Nifas

- a. Batasan

Infeksi alat genital dalam masa nifas yang ditandai dengan meningkatnya suhu $< 38^{\circ}\text{C}$ yang terjadi selama 2 hari berturut – turut dalam 10 hari pertama pascasalin, kecuali 24 jam pertama pascasalin.

b. Faktor Predisposisi

- 1) Partus Lama
- 2) Ketuban Pecah Dini
- 3) Persalinan Traumatis
- 4) Pelepasan plasenta secara manual
- 5) Infeksi intrauterine
- 6) Infeksi kandung kemih
- 7) Anemia
- 8) Pertolongan persalinan yang tidak bersih.

2.4 Bayi Baru Lahir (BBL)

2.4.1 Pengertian bayi baru lahir

Bayi Baru Lahir atau neonatus adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram nilai Apgar >7 dan tanpa cacat bawaan. (Saleha. 2015)

Pelayanan kesehatan neonatal harus dimulai sebelum bayi dilahirkan, melalui pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil. Berbagai bentuk upaya pencegahan dan penanggulangan dini terhadap faktor – faktor yang memperlemah kondisi seorang ibu hamil perlu diprioritaskan, seperti gizi yang rendah, anemia, dekatnya jarak

antar kehamilan, dan buruknya *personal hygiene*. Disamping itu perlu dilakukan pula pembinaan kesehatan pranatal yang memadai dan penanggulangan faktor – faktor yang menyebabkan kematian perinatal yang meliputi:

- a. Perdarahan
- b. Hipertensi
- c. Infeksi
- d. Kelahiran preterm/ bayi berat lahir rendah
- e. Asfiksia
- f. Hipotermia (24)

2.4.2 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah, sebagai berikut :

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2500-4000 gram
- c. Panjang badan 48-52 cm
- d. Lingkar dada 30-38 cm
- e. Lingkar kepala 33-35 cm
- f. Lingkar lengan 11-12 cm
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- h. Pernafasan 40-60 x/menit
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan yang cukup.

- j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya lebih sempurna.
- k. Kuku agak panjang dan lemas.
- l. Gerak aktif
- m. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- n. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik.
- o. Refleks moro (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- q. Genitalia :
 - 1) Laki-laki : ditandai dengan testis yang berada dalam scrotum dan penis yang berlubang.
 - 2) Perempuan : ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia mayor dan labia minor.
- r. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- s. Nilai APGAR > 7. Adapun bagan dari tanda-tanda APGAR yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.3
Tanda APGAR

Nilai	0	1	2
Appearance	Biru, pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Semuanya merah muda
Pulse	Tidak teraba	< 100	>100 x/ menit
Grimace	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity	Lemas / lumpuh	Gerakan sedikit / Fleksi tungkai	Aktif fleksi tungkai baik / reaksi melawan
Respiratory	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Keterangan :

- 1) Nilai APGAR antara 7-10 menandakan kondisi bayi baik.
- 2) Nilai APGAR antara 4-6 menandakan bahwa bayi mengalami *asfiksia* sedang.
- 3) Nilai APGAR antara 0-3 menandakan bahwa bayi mengalami asfiksia berat. (Prawirohardjo. 2016)

2.4.3 Tindakan Tenaga Medis

Apabila nilai APGAR baik yaitu 7-10, maka bayi dapat dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Bayi akan segera dihangatkan dan dilakukan asuhan bayi baru lahir.

Tindakan *resusitasi* dilakukan jika nilai APGAR 0-3 dan nilai APGAR 4-6. *Resusitasi* merupakan tindakan untuk membantu bayi mendapatkan usaha napasnya. Tindakan *resusitasi* bergantung pada kondisi bayi.

Sebelum melakukan tindakan *resusitasi*, lakukan tindakan penanganan awal. Tindakan tersebut adalah dengan menjaga

kehangatan bayi, mengatur posisi bayi, menghisap lendir bayi, mengeringkan bayi, dan kembali mengatur posisi sebelum dilakukan tindakan *resusitasi*.

Beberapa bayi dapat kembali bernapas spontan ketika dilakukan langkah awal. Namun sebagian lainnya mendapatkan tindakan pemberian oksigen atau dengan melakukan ventilasi tekanan positif (VTP). Jika tindakan ventilasi tekanan positif (VTP). Masih tidak berhasil, bayi akan dilakukan kompresi dada. Sebagai upaya agar bayi dapat kembali bernapas spontan. Apabila bayi dapat bernapas spontan setelah dilakukan tindakan *resusitasi* maka, langkah selanjutnya adalah melakukan tindakan pasca *resusitasi*. (Prawirohardjo. 2016)

2.4.4 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Mengetahui derajat vitalitas dan mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi. Derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh yang bersifat esensial dan kompleks untuk berlangsungnya kelangsungan hidup bayi seperti pernapasan, denyut jantung, sirkulasi darah dan refleks – refleks primitif seperti menghisap dan mencari puting susu. Pada saat kelahiran apabila bayi gagal menunjukkan reaksi vital, maka akan terjadi penurunan denyut jantung secara cepat, tubuh menjadi biru atau pucat refleks – refleks melemah sampai menghilang.

Bila tidak segera ditangani secara cepat dan mungkin meninggal. Pada beberapa bayi mungkin pulih kembali secara spontan dalam 10 –

30 menit sesudah lahir, tetapi bayi ini tetap mempunyai risiko tinggi untuk cacat kemudian hari. (Prawirohardjo. 2016)

2.4.5 Penanganan Bayi Baru Lahir

a. Membersihkan Jalan Nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2) Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 - 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain.

b. Memotong dan Merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan, dirawat dan dijaga agar tetap kering tanpa diberikan alkohol maupun betadine serta tali pusat dibalut menggunakan kasa steril. (Prawirohardjo. 2016)

Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap tali basah/kotor. Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik, untuk mencegah terjadinya perdarahan.

c. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus ditutupi kain hangat.

d. Memberi Vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan, semua bayi baru lahir perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg I.M

e. Memberi Obat Tetes/ Salep Mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya ophtalmic neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorrhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

2.4.6 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam. Bayi harus dibiarkan

untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusui serta memberi bantuan jika diperlukan. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga inisiasi menyusui selesai dilakukan, prosedur tersebut meliputi : pemberian salep mata atau tetes mata, pemberian Vit K 1, menimbang dan lain-lain. Apabila nilai APGAR baik yaitu 7-10, maka bayi dapat dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

Prinsip menyusui atau pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin dan eksklusif. Segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap diperut ibu dengan kulit bayi kontak ke kulit ibu, biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri. (Kemenkes RI, 2016)

2.5.7 Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan 2 jam pertama sesudah lahir meliputi:

- a. Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- b. Bayi tampak aktif atau lunglai
- c. Bayi kemerahan atau biru

Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya.

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b. Gangguan pernapasan
- c. Hipotermia
- d. Infeksi
- e. Catat bawaan dan trauma lahir. (Prawirohardjo, 2016)

2.5.8 Yang perlu di pantau pada Bayi Baru Lahir

- a. Suhu badan dan lingkungan
- b. Tanda – tanda vital

Suhu tubuh bayi diukur pada ketiak, pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernapasan 40 – 60 kali per menit, nadi dapat dipantau disemua titik – titik nadi perifer, tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi.

- c. Berat badan
- d. Mandi dan perawatan kulit
- e. Pakaian
- f. Perawatan tali pusat
- g. Penilaian bayi untuk tanda – tanda kegawatan

- 1) Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda: sesak napas, frekuensi pernapasan 60x/

menit, gerak retraksi dinding dada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (1500 - 2500 gram) dengan kesulitan minum.

- 2) Tanda – tanda bayi sakit berat, apabila terdapat salah satu atau lebih tanda – tanda berikut: sulit minum, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apneu, kejang atau periode kejang – kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir < 1500 gram. (Prawirohardjo. 2016)

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (*family planning, planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (BKKBN. 2015).

Menurut WHO, keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk: (SDKI. 2014)

1. Mendapatkan keturunan/anak
2. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan
3. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
4. Mengatur interval di antara kehamilan

5. Mengatur waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami-istri
6. Menentukan jumlah anak dalam keluarga.

2.5.2 Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan Program KB secara umum bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, yang merupakan juga tujuan nasional pada umumnya. Tujuan ini dilalui dengan upaya khususnya penurunan tingkat kelahiran untuk menuju suatu norma keluarga kecil, sebagai jembatan meningkatkan kesehatan ibu, anak dan anggota keluarga lainnya menuju suatu keluarga atau masyarakat bahagia sejahtera. Sehingga secara singkat tujuan program Keluarga Berencana adalah:

1. Tujuan kuantitatif; adalah untuk menurunkan dan mengendalikan pertumbuhan penduduk
2. Tujuan kualitatif, adalah untuk mewujudkan Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) (Saleha. 2015)

Sedangkan tujuan khusus dari program Keluarga Berencana adalah:

1. Untuk meningkatkan cakupan program, baik dalam arti cakupan luas daerah maupun cakupan penduduk usia subur yang memakai metode kontrasepsi.
2. Meningkatkan kualitas (dalam arti lebih efektif) metode kontrasepsi yang dipakai, dengan demikian akan meningkatkan pula kelangsungan pemakaian metode kontrasepsi termasuk pemakaian metode kontrasepsi untuk tujuan menunda, menjarangkan dan menghentikan kelahiran.

3. Menurunkan kelahiran.
4. Mendorong kemandirian masyarakat dalam melaksanakan keluarga berencana, sehingga norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera bisa menjadi suatu kebutuhan hidup masyarakat.
5. Meningkatkan kesehatan khususnya ibu dan anak sebab:
 - 1) Kehamilan sebelum umur 18 tahun dan sesudah 35 tahun akan meningkatkan risiko pada ibu dan anak.
 - (1) Setiap tahun lebih dari setengah juta ibu meninggal akibat kehamilan dan persalinannya di seluruh dunia.
 - (2) Kehamilan sebelum umur 18 tahun, sering menghasilkan bayi berat badan lahir rendah dan risiko juga bagi kesehatan bayi dan ibunya.
 - (3) Kehamilan setelah umur 35 tahun, risiko terhadap bayi dan ibunya meningkat lagi. Termasuk juga risiko mendapatkan bayi dengan *sindrom down*.
 - 2) Risiko kematian anak meningkat sekitar 50% jika jaraknya kurang dari 2 tahun.
 - (1) Untuk kesehatan ibu dan anak, sebaiknya jarak anak tidak kurang dari 2 tahun.
 - (2) Jarak yang pendek, seringkali menyebabkan gangguan tumbuh kembang pada anak.
 - (3) Ibu perlu waktu untuk mengembalikan kesehatan dan energinya untuk kehamilan berikutnya.

3) Mempunyai anak lebih dari 4 akan meningkatkan risiko pada ibu dan bayinya.

(1) Pada ibu yang sering hamil, lebih-lebih dengan jarak yang pendek, akan menyebabkan ibu terlalu payah, akibat dari hamil, melahirkan, menyusui, merawat anak-anaknya yang terus menerus.

(2) Risiko lainnya adalah anemia pada ibu, risiko perdarahan, mendapatkan bayi yang cacat, bayi berat lahir rendah dan sebagainya (Hanafi. 2015).

2.5.3 Sasaran Penyelenggaraan Keluarga Berencana

Hartanto menyatakan sasaran penyelenggaraan KB ada 2 diantaranya yaitu : (Hanafi. 2015)

1. Sasaran Langsung

Pasangan usia subur (15-49 tahun) dengan cara, mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif, sehingga memberi efek langsung pada penurunan fertilitas.

2. Sasaran Tidak langsung

Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga masyarakat, instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (Alim ulama, wanita dan pemda) yang di harapkan dapat memberikan dukungannya dalam pembangunan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

2.5.4 Pelayanan Keluarga Berencana yang Baik

Akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif dan terjangkau (Dian. 2012). Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal berikut ini: (Hanafi. 2015)

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien.
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan.
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani.
5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia.
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi.
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang telah ditentukan dan nyaman bagi klien.
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.

2.5.5 Konseling Keluarga Berencana

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan KB. Dengan melakukan konseling, berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Di samping itu dapat membuat klien merasa lebih puas. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsi yang lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling juga dapat mempengaruhi interaksi antara petugas dan klien dengan cara meningkatkan hubungan dan kepercayaan yang sudah ada.

Namun sering kali konseling diabaikan dan tidak dilaksanakan dengan baik, karena petugas tidak mempunyai waktu dan mereka tidak mengetahui bahwa konseling klien akan lebih mudah mengikuti nasihat (Wiknjosastro. 2013).

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB dan bukan hanya informasi yang dibicarakan dan diberikan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada. (Wiknjosastro. 2013)

Pelayanan KB mencakup pelayanan alat kontrasepsi, penanggulangan efek samping dan kompliksi alat kontrasepsi. Pada pelayanan tersebut terjadi keterlibatan secara urut, baik dari tenaga pelayanan maupun klien yang menjadi sasaran. Pendekatan pelayanan yang

digunakan adalah pendekatan secara medik dan konseling (Wiknjosastro. 2013).

Informasi awal pada saat konseling KB adalah manfaat KB terhadap kesehatan dan kesejahteraan keluarga, jenis metode dan alat kontrasepsi, efek samping dan cara penanggulangannya serta komplikasi (Wiknjosastro. 2013).