BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan Trimester III

2.1.1 Definisi

Menurut Rohani (2014) kehamilan adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur ovum. Proses perjalanan sperma untuk menemui ovum penuh dengan perjuangan, dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan hanya sedikit yang berhasil mencapai tempat ovum dan dari jumlah yang sedikit itu, hanya 1 sperma saja yang bisa membuahi sel telur. Kehamilan didefenisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi (implantasi). Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kelender internasional. Kehamilan terbagi 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

Menurut Ai yeyeh (2013) masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan.

2.1.2 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan Trimester III

Menurut Ambarwati (2015) perubahan fisiologis pada trimester III, yaitu :

a. Kepala

   Saat kehamilan pada kepala tidak ada perubahan, namun perlu di lakukan pemeriksaan mulai dari adanya benjolan abnormal, nyeri tekan, dan kebersihan pada rambut.

b. Muka

   Biasanya pada ibu hamil akan mengalami terlihat atau munculnya cloasma gravidarum, pastikan pada muka tidak pucat dan tidak bengkak.

c. Mata

Tidak ada perubahan pada mata namun harus diperhatikan pada konjungtiva, pada konjungtiva harus berwarna merah dan sklera harus berwarna putih.

d. Hidung

Ibu hamil tidak ditemukan perubahan pada ibu, terkecuali ibu memang memiliki masalah pada hidung.

e. Mulut

Ibu hamil juga tidak ada perubahan pada mulut, namun alangkah baiknya ibu hamil memiliki mukosa bibir yang lembab, itu menandakan ibu tidak pucat, tidak memiliki stomatitis, dan tidak ditemukan pembengkakan kelenjar tonsil.

f. Telinga

Pada ibu hamil tidak ditemukan perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah terdapat serumen, dan apakah pendengaran ibu baik atau tidak.

g. Leher

Tidak ada perubahan pada ibu hamil, harus dipastikan bahwa ibu hamil tidak mengalamipembesaran pada kelenjar tyroid dan vena jugularis.

h. Dada

Pada dada juga tidak ada perubahan yang dialami oleh ibu hamil, namun juga harus dilakukan pemerikasaan apakah terdapat suara *rochi* atau *weezhing*.

i. Payudara

Pada payudara biasanya akan mengalami perubahan yaitu pembesaran mamae, putting susu menonjol, biasanya pada trimester III jika dilakukan penekanan pada area mame akan mengeluarkan kolostrum.

j. Abdomen

Pada abdomen mengalami perubahan dimana usia bertambah maka semakin bertambah ukuran perut ibu, biasanya disertai munculnya striae gravida dan linea nigra. (Hani, 2013) adapun pemeriksaan lain pada abdomen yaitu pemeriksaan palpasi leoplod :

1) Leopold I : Untuk mengetahui bagian fundus dan berapa tinggi fundus uteri . Normalnya adalah bokong
2) Leopold II : Untuk mngetahui bagian kana atau kira abdomen

ibu. Biasanya kanan berupa ekstrimitas, kiri punggung, ataupun sebaliknya.

3) Leopold III : Untuk mengetahui bagian bawah perut ibu. Normalnya adalah kepala.

4) Leopold IV : Untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau tidak, dan untuk megetahui seberapa jauh peneranan kepala bayi.

k. Genetalia

Pada kehamilan trimester III genetalian akan mengalami perubahan dimana vulva terlihat agak membuka berwarna kemerahan.

l. Anus

Pada anus tidak ada perubahan, namun harus dipastikan ibu tidak memiliki hemoroid.

m. Ekstrimitas

Pada ekstrimitas juga tidak ada perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah timbul oedema pada ekstrimitas atau tidak, tidak sedikit ibu mengeluh pegal – pegal pada kaki di usia kehamilan trimester III.

2.1.3 Perubahan Psikologis

(Lihat Tabel 2.1 Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil)

2.1.4 Gangguan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

a. Gangguan Kehamilan pada Trimester III

1) Sering berkemih

Keluhan berkemih diakibatkan tertekanya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat.

2) Nyeri punggung *(low back pain)*

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan perkembangan janin yang menyebabkan muatan di dalam uterus bertambah, menjadikan uterus membesar. Pembesaran ini akan memaksa ligamen, otot-otot, serabut saraf dan punggung teregangkan. Sehingga beban tarikan tulang punggung ke arah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis. Ini yang menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil. (Anneke, dll. 2011 dalam Husin, 2017 : 86).

3) Varises dan Wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik superfisial.

Wasir atau haemorhoid sering didahului dengan konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan haemorhoid pengaruh hormon progesteron dan tekanan yang disebabkan oleh uterus menyebabkan vena pada rektum mengalami tekanan yang lebih dari biasanya akibatnya ketika masa dikeluarkan tekanan lebih besar sehingga terjadi haemorhoid.

4) Sesak nafas

Keluhan sesak nafas terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjaadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke tulang iga.

5) Bengkak dan kram pada kaki

Bengkak atau odem adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindanhya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Odem pada kaki biasanya dikeluhkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu.

6) Gangguan tidur dan mudah lelah

Cepat lelah pada kehamilan disebabkan oleh nokturia (sering berkemih pada malam hari). Terbangun dimalam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak.

7) Nyeri perut bawah

Secara normal, nyeri perut bawah disebabkan oleh muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami sebagian ibu dalam kehamilanya.

8) Heart burn

Penyebab dari keluhan ini dapat disebabkan oleh peningkatan progesteron atau meningkatnya metabolisme yang menyebabkan otot polos relaxi, sehingga terjadi penurunan pada irama dan

pergerakan lambung serta penurunan tekanan pada sfingter esofagus bawah.

9) Kontraksi Braxton Hicks

Pada saat trimester akhir, kontraksi dapat sering terjadi setiap 10-20 menit dan sedikit banyak mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (False labour).

2.1.5 Tanda Bahaya Komplikasi Pada Masa Kehamilan

a. Perdarahan pada vagina

Perdarahan vagina dalam kehamilan jarang yang normal, dapat diduga pada perdarahan dengan kehamilan lanjut adalah tanda plasenta previa, solusio plasenta.

b. Sakit kepala hebat dan menetap

Hal ini dapat disebabkan karena pengaruh dari hormon atau keletihan. Kecuali jika sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang oleh istirahat maka hal itu dapat dikatakan salah satu tanda dari preeklamsi.

c. Gerakan janin kurang

Normalnya paling sedikit bayi bergerak 3 kali dalam periode 3 jam dan selama 12 jam sebanyak 10 kali.

d. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah sebelum waktunya maka kemungkinan adanya infeksi dalam rahim atau persalinan premature yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

e. Demam

Seperti demam tinggi yang disertai dengan tubuh menggigil, pusing dan rasa sakit pada seluruh tubuh yang dapat disebabkan oleh malaria.

f. Kehamilan lewat waktu

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap (Jannah, 2015).

2.1.6 Standar Asuhan Kebidanan

a. Jumlah Kunjungan

Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian *Antenatal care* (ANC) atau perawatan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan tujuan :

1) Kunjungan I (16 minggu) dilakukan satu kali yang bertujuan untuk hal-hal berikut:
   a) Penapisan dan pengobatan anemia
   b) Perencanaan persalinan
   c) Pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
2) Kunjungan ke II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk :
   a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
   b) Penapisan preeklamsia, gameli, infeksi alat reproduksi dan infeksi saluran perkemihan.
   c) Perencanaan persalinan
3) Kunjungan IV (36 minggu sampai dengan lahir), dilakukan untuk :
   a) Sama seperti kunjungan II dan III
   b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi janin
   c) Menyakan kebutuhan persiapan persalinan
   d) Memantapkan rencana persalinan
   e) Mengenali tanda-tanda persalinan (Dewi,2014)

b. Pelayanan Standar

Pelayanan antenatal pada ibu hamil diupayakan agar memenuhi standar kualitas “14 T” :

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan
2) Pemeriksaan Tekanan Darah
3) Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (Puncak Uteri)
4) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
5) Pemberian Tablet Zat Besi
6) Tes PMS
7) Temu wicara
8) Pemeriksaan HB (Hemoglobin)
9) Perawatan Payudara
10) Pemeliharaan tingkat kebugaran / Senam Hamil
11) Pemeriksaan Protein Urine
12) Pemeriksaan Reduksi Urine
13) Pemberian kapsul yodium

14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (Rukiyah (2014).

2.1.7 Kartu Skor Poedji Rochjati

KSPR merupakan salah satu upaya dalam melakukan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil oleh tenaga kesehatan, yang bertujuan mendeteksi secara awal kondisi atau status kehamilan ibu apakah masuk pada kelompok ibu tidak beresiko atau beresiko. Nilai dan skor yang tertulis dalam model rujukan dapat mengklasifikasikan rujukan pada ibu hamil dengan resiko berdasarkan kelompok resiko. (Rulihari,dkk. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, Vol 2, No 1. 2014).

2.1.8 Masalah dan Inovasi Pada Kehamilan Trimester III

Beberapa masalah yang sering terjadi pada kehamilan diantaranya :

a. Nyeri Punggung

Nyeri punggung merupakan salah satu ketidaknyamanan atau masalah yang dialami ibu hamil mengginjak usia kehamilan Trimester III. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal diantaranya, perubahan keseimbangan tubuh oleh pembesaran perut, penarikan otot akibat pembesaran rahim, tertekannya pembuluh-pembuluh darah dan terganggunya peredaran darah karena pembesaran rahim, tertekannya tulang lumbalima dan tulang ekor oleh kepala janin yang sudah memasuki pintu atas panggul. Nyeri punggung dapat diatasi dengan cara istirahat dan rileks, tidur dengan posisi miring kiri dan latihan menggoyangkan pinggul (Prawirohardjo, 2014).

Adapun inovasi kebidanan dalam kehamilan untuk mengatasi masalah nyeri punggung dalam kehamilan, diantarannya:

1) Kompres Air Hangat.

Terapi air hangat merupakan bagian dari terapi non farmakologis yang dapat menurunkan nyeri (Petrofsky, 2014). Air hangat dapat menyebabkan sirkulasi darah meningkat dan membawanya oksigen ke area nyeri serta membuat otot tendon, maupun ligamen relaksasi (Chyntya, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Mette G. Backhausen, 2017 dengan judul "*The effects of an unsupervised water exercise program on low back pain and sick leave among healthy pregnant women – A randomised controlled trial*", dengan hasil latihan air yang tidak

dipandu menghasilkan intensitas rendah yang signifikan pada nyeri punggung bawah pada wanita hamil yang sehat, namun hasilnya kemungkinan besar tidak signifikan secara klinis. Itu tidak mempengaruhi jumlah hari cuti sakit, kecacatan karena sakit punggung rendah atau kesehatan mandiri.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melaluijalan lahir atau melalui jalan dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri), Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati, Ari, 2017)

Persalinan normal WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi. (Walyani, 2016)

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam(Sondakh , 2013)

2.2.2 Tanda-tanda persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan

2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
4) Makin beraktifitas (jalan), kekuata makin bertambah

b. *Bloody show* (pengeluaran lender disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan; lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluhdarah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. *Pengeluaran* cairan

Ini terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang -kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba, 2015, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

a. *Power*

Power (tenaga) meliputi kekuatan dan refleks meneran, faktor lain yang berpengaruh dalam persalinan:

1) Otot-otot rahim yang dominan di daerah fundus uteri dan semakin berkurang ke arah serviks diikuti dengan meningkatnya jaringan ikat susunan otot rahim terdiri dari lapisan luar, lapisan dalam dan lapisan tengah.
2) Ligamentum rotundum (Ligamentum uteri)

   Merupakan jaringan otot yang mengalami hipertropi dan hiperflasi. Fungsinya adalah untuk menahan uterus agar tetap berada dalam posisi antefleksi.
3) Refleks Mengejan

   Timbul akibat perangsangan fleksus frakenhouser, sehingga terjadi kontraksi pada diafragma, pelvis yang berguna untuk mempercepat pembukaan serviks dan melebarkan bagian bawah vagina pada saat mengejan anus tampak terbuka.

b. *Passage*

Jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis minor, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvis minor (panggul kecil) ini terdiri atas :

1) Pintu atas panggul

   Batas atas panggul kecil dibentuk oleh promontorium, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os pubis dan sympisis pubis.

2) Bidang terluas panggul

   Merupakan bidang terluas dalam ruangan panggul kecil, bidang ini membentang dari pertengahan sympisis, pertengahan asetabulum dan pertemuan sakral II dan III, ukuran depan belakang 12,75 cm dan ukuran melintangnya 12,5 cm.

3) Bidang sempit panggul

   Bidang ini membentang melalui tepi bawah sympisis menuju ke spina isciadika dan memotong ujung atas sacrum.

4) Pintu bawah panggul

   Terdiri dari dua segitiga dengan dasar garis pembatas tuber isciadikum dengan jarak 10,5 cm. Tinggi segitiga belakang 7,5 cm. Segitiga depan dibatasi oleh askus pubis ukuran depan belakang pintu bawah panggul 11,5 cm.

   Untuk menilai penurunan bagian terendah janin, ditentukan dengan bidang Hodge, yaitu :

   (Lihat Tabel 2.2 Bidang Hodge)

c. *Passanger*

Passanger dalam persalinan adalah janin, plasenta dan air ketuban. Janin merupakan *passanger* utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, dan sangat menentukan dalam proses kelahiran, ukuran kepala yang lebih besar dari jalan lahir mampu menyebabkan beberapa komplikasi baik pada ibu maupun janin.

d. Psikologis

Kondisi psikologis ibu bersalin sangat mempengaruhi proses persalinan, oleh karena itu dalam persalinan juga harus memperhatikan kesiapan

mental ibu seperti adanya pendampingan persalinan oleh suami, keluarga terdekat (Nurasiah,dkk.2015)

e. Penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong mempunyai peranan penting yang sangat menentukan dalam proses persalinan, selain itu penolong juga mempunyai untuk mencegah kematian maternal dan neonatal. (Nurasiah,dkk.2015).

2.2.4 Tanda Bahaya Persalinan

a. Tanda bahaya kala I (Mutmainnah, Johan, & Llyod, 2017)
   1) Perdarahan pervaginam selain dari lendir bercampur darah
   2) Persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
   3) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
   4) Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
   5) Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg dan/atau terdapat protein dalam urine
   6) DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada 2x penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)
   7) Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang seperti pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, serta kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit
   8) Tanda-tanda atau gejala yang menunjukkan infeksi, seperti menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban yang berbau, suhu tubuh yang tinggi.

b. Komplikasi dan penyulit kala II
   1) Presentasi muka
   2) Presentasi Dahi
   3) Presentasi Rangkap
   4) Letak lintang
   5) Gemeli
   6) Distosia bahu
   7) Letak sungsang

c. Tanda bahaya kala III
   (1) Perdarahan Kala III

Adalah perdarahan yang melebihi 500 cc pada kala III atau setelah kelahiran plasenta. Ada beberapa penyebab perdarahan kala III yaitu

a. Atonia uteri adalah kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi sehingga darah yang keluar dari bekas melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali.
b. Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir
c. Robekan jalan lahir adalah terjadi karena memimpin persalinan yang salah seperti pembukaan belum lengkap sudah diminta untuk mengejan dan tindakan mendorong fundus uteri
d. Kelainan pembekuan darah (Rohani, Saswita, & Marisah, 2011).

2.2.5 Tahapan persalinan

Menurut Prawirohardjo tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:

a. Kala I persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10cm). Kala 1 terdiri dari dua fase

1) Fase laten : berlangsung 8 jam, pembukaan sangat lambatsampai ukuran diameter 3 cm
2) Fase aktif , dibagi menjadi 3 fase yaitu:
   a) Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
   b) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
   c) Fase deselerasi: pembukaan serviks menjadi lambat dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multiparasekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)

b. Kala II

His menjadi lebih kuat dan cepat kira-kira 2 sampai 3 menit. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul. Maka pada his di rasakan tekanan pada otot-otot pada dasar panggul, menimbulkan rasa mengejan.

Tekanan pada rektum merasa hendak ingin BAB. Kemudian perineum mulai menonjol dan lebar dengan anus membuka. Labio mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva pada waktu his.

Setelah istirahat, his mulai lagi untuk mulai untuk mulai mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam, multipara rata-rata 0,5 jam

c. Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasentaserta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, biasanya plasenta lepas 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontanatau dengan tekanan dari fundus uteri.

Tanda-tanda pelepasan plasenta ialah :

1) Uterus menjadi bundar
2) Perdarahan, terutama perdarahan yang sekonyong-konyong agak banyak
3) Memanjang bagian tali pusat yang lahir
4) Naiknya fundus uteri karena naiknya rahim yang lebih mudah dapat di gerakkan

d. Kala IV

Adanya kala pengawasan 1-2 jam setelah bayi lahir dan plasenta lahir untuk mengawasi keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan post partum (Nurasiah, 2015).

2.2.6 Asuhan Persalinan 60 langkah APN (Nurjasmi E. dkk, 2016) :

a. Asuhan Persalinan Kala II

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
   a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
   b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
   c) Perineum menonjol.
   d) Vulva –vagina dan spingter anal membuka
2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
5) Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua permeriksaan dalam.
6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).
7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit).
    a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
    b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
    a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktip dan pendokumentasikan temuan-temuan

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisiibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman)

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginanuntuk meneran.

b) Mendukung dan member semangat atas usaha ibu untukmeneran.

c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)

d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f) Mengajurkan asupan per oral.

g) Menilai DJJ setiap 5 menit.

h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm , letakkan handuk bersih di atas perutibu untuk mengeringkan bayi

15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

16) Membuka partus set

17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapasi dengan kain tadi , letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Meganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih
20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
    a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
    b) Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya
21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi
26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin/i.m
27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusatdi anatara dua klem tersebut.
29) Menegeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya

b. Asuhan persalinan pada kala III

31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
34) Memindahkan klem pada tali pusat
35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan

tekanan yang berlawanan arah pada bagian.

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
    a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
    b) Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
        1) Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit I.M
        2) Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
        3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
        4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
        5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi
38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
40) Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh . Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selam 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera

menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

c. Asuhan persalinan pada kala IV

42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47) Meneyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI
49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina.
    a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
    b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
    c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
    d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteris
    e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51) Mengevaluasi kehilangan darah.
52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
    a) Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

b) Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal

53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi.

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disenfeksi tingkat tinggi . Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah . Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman . Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan

57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih

58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.2.7 Partograf

a. Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Sari dan kurnia, 2104).

b. Kegunaan partograf

1) Mencatat kemajuan persalinan
2) Mencatat kondisi ibu dan janin
3) Mancatat asuhan yang diberikan selama persalinan
4) Mendeteksi secara dini penyulit persalinan
5) Membuat keputusan klinik cepat dan tepat (Kemenkes RI, 2015)

Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

1) Denyut jantung janin. Catat setiap satu jam.
2) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, dengan menggunakan kode:

   U : selaput Utuh

   J : selaput pecah, air ketuban Jernih

M : air ketuban bercampur Mekonium

D : air ketuban bernoda Darah

K **:** tidak ada cairan ketuban/ Kering.

3) Perubahan bentuk kepala janin *(molding atau molase),* dengan menggunakan kode:

   0 : sutura terpisah,

   1 :sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/ bersesuaian,

   2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki,

   3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

4) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).

5) Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada disimfisis pubis.

6) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

7) Jam, catat jam sesungguhnya.

8) Kontrasksi, Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyknya kontrasksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontrasksi dalam hitungan detik:

   a) Kurang dari 20 detik;

   b) Antara 20 dan 40 detik;

   c) Lebih dari 40 detik.

9) Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin pervolume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

10) Obat yang diberikan. Catat semua obat yang dibrikan.

11) Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar.

12) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah.

13) Suhu badan. Catatlah setiap 2 jam.

    Protein, aseton , dan protein urin. Catatlah setiap kali ibu berkemih. Jika temuan-temuan melintas kearah kanan dari garis waspada,

petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (Saifuddin, 2014).

2.2.8 Masalaha dan Inovasi kebidanan dalam persalinan

Beberapa masalah yang sering terjadi pada persalinan antaranya :

a. Nyeri Persalinan

1) *Effleurage Masase*

Menurut Potter dan Perry (2005 dalam Paramita, Pramestyani, Fitriannisa, 2014) tindakan peredaan nyeri persalinan secara nonfarmakologi antara lain dapat dilakukan dengan cara distraksi, biofeedback, hipnosiis diri, dan stimulasi kutaneus (mandi air hangat, massage, kompres air hangat dan dingin, stimulasi saraf elektrik transkutan). Massage effleurage dalam persalinan dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang lembut dan ringan. Lakukan usapan dengan ringan dan tanpa tekanan kuat, tetapi usahakan ujung jari tidak lepas dari permukaan kulit. Stimulasi kulit dengan teknik effleurage menghasilkan impuls yang dikirim lewat serabut saraf besar yang berada di permukaan kulit, serabut saraf besar ini akan menutup gerbang sehingga otak tidak menerima pesan nyeri karena sudah diblokir oleh stimulasi kulit dengan teknik ini, akibatnya persepsi nyeri akan berubah selain meredakan nyeri, massage akan merangsang otot-otot uterus untuk berkontraksi (Wulandari dan Hiba, 2018). Pijatan effleurage dapat juga dilakukan di punggung, tujuan utamanya adalah relaksasi (Handayani, Winarni dan Sadiyanto, 2013). Effleurage atau pijatan pada abdomen yang teratur dangan latihan pernapasan selama kontraksi digunakan untuk mengalihkan wanita dari nyeri selama kontraksi. Begitu pula adanya massage yang mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan endorphin dalam sistem kontrol desenden.

Massage dapat membuat pasien lebih nyaman karena massage membuat relaksasi otot (Mons Dragon, 2004 dalam Gadysa, 2009 dan Mander, 2003 dalam Handayani dan Winarni 2013). Keseimbangan aktivitas dari neuron sensorik dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P

untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan dan terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat melepaskan neurotransmiter penghambat dan apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat/bidan menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor dan apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri dan alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromedulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P, tehnik distraksi, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter, 2005 dan Mander, 2003 dalam Handayani dan Winarni 2013).

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (*puerperium)* dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Ambarwati, 2013).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. (Maryunani, 2015)

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Puerperium Dini (*Immediate Puerperium*)

   Suatu masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk duduk, berdiri dan berjalan-jalan, denganmwaktu 0-24 jam setelah proses persalinan.

b. Puerperium Intermediate (*Early Puerperium*)

Suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi yang lamanya 6-8 mingggu.

c. Puerperium Remote (*Later Puerperium*)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna. (Nurjanah,dkk,2013).

2.3.3 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Nifas

a. Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Haryani,2013).

(Lihat Tabel 2.3 Perubahan Involusi Uteri Pada Ibu Nifas)

2) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahanperubahan yang terdapat pada serviks adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uterus yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. (Nurjanah, 2013).

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan akan kembali setelah 3 minggu (Nurjanah, 2013).

4) Perineum

Setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju (Nurjanah,2013).

b. Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, terjadi pula penurunan produksi progesteron, sehingga yang menyebabkan nyeri ulu hati *(beartburn)* dan konstipasi (adanya reflek hambatan defekasi karena adanya rasa nyeri pada perineum akibat luka episiotomi) terutama dalam beberapa hari pertama (Bahiyatun,2015).

c. Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum (Bahiyatun,2015).

d. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 post partum (Bahiyatun,2015)

e. Perubahan Tanda Vital

Tekanan darah harus dalam keadaan stabil. Suhu turun secara perlahan, dan stabil pada 24 jam post partum. Nadi menjadi normal setelah persalinan (Bahiyatun, 2015).

2.3.4 Pengeluaran Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat mikroorganisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada wanita normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita (Anggraini, 2015)

(Lihat Tabel 2.4 Macam – Macam Lochea)

2.3.5 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

a. *Taking In* (1-2 postpartum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung seta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri.

b. *Taking Hold* (2-4 postpartum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya.

c. *Letting Go*

Pada umumnya ibu sudah mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya.(Anggraini, 2014).

2.3.6 Tanda bahaya masa nifas

Menurut (Kemenkes RI, 2016)

1) Perdarahan pada jalan lahir.
2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir.
3) Bengkak pada wajah, tangan, kaki, atau sakit kepala dan kejang – kejang.
4) Demam lebih 2 hari.
5) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit.
6) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

2.3.7 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali untuk menilai ibu dan bayi baru lahir, adapun kunjungan masa nifas yaitu :

(Lihat Tabel 2.5 Kunjungan Massa Nifas)

2.3.8 Masalah dan inovasi pelayanan kebidanan pada masa nifas

Beberapa masalah yang sering ditemui dalam masa nifas diantaranya :

a. Oedem Tungkai

1) Rendam Air Hangat

Terapi rendam kaki dapat digunakan sebagai alternatif non-farmakologis dengan menggunakan metode yang lebih murah dan mudah. Rendam air hangat sangat mudah dilakukan oleh semua orang, tidak membutuhkan biaya yang mahal, dan tidak memiliki efek samping yang berbahaya. Selain itu, terapi rendam air hangat juga dapat digunakan untuk menghindari komplikasi dari terapi farmakologis (diuretikum) yang jika digunakan secara tidak hati-hati dapat menyebabkan kehilangan volume cairan.

Berdasarkan penelitian Putra (2019), menyebutkan bahwa terapi rendam kaki air hangat mampu mengurangi tingkat stress dengan cara merangsang produksi endorphin yang memiliki sifat analgesik. Terapi redam kaki air hangat ini mampu menurunkan frekuensi nadi dan menurunkan tekanan darah dengan cara pelebaran pembuluh darah, sehingga menurunkan afterload, meningkatkan sirkulasi darah kembali ke jantung sehingga mengurangi edema.

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Pengertian Neonatus

Bayi Baru Lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstra uterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (Tando, Naomy Marie, 2016).

Menurut Sarwono (2015) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh,2017) Bayi barul ahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

2.4.2 Ciri-ciri Neonatus

a. Lahir aterm antara 37-42 minggu
b. Berat badan 2500-4000 gram
c. Panjang badan 48-52 cm
d. Lingkar dada 30-38cm
e. Lingkar kepala 33-35 cm
f. Lingkar lengan 11-12 cm
g. Frekuensi jantung 120-160×/menit
h. Pernafasan 40-60×/menit
i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan yang cukup
j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala telah sempurna
k. Kuku agak panjang dan lemas
l. Nilai APGAR > 7
m. Gerakan aktif
n. Bayi lahir langsung menangis kuat
o. Refleks rooting sudah terbentuk dengan baik
p. Refleks sucking sudah terbentuk dengan baik
q. Refleks grasping sudah baik
r. Genetalia
    1) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

2) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.

s. Eliminasi baik, ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010 dalam tugas akhir Fiki Muflihatul Ula)

2.4.3 Tanda Bahaya Pada Neonatus

Tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir atau *neonatus*, menurut Saiffuddin, 2012:

1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit.
2) Kehangatan terlalu panas (>38°C atau terlalu dingin <36°C).
3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
4) Pemberian makan: hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah.infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanas). Bau busuk, pernapasan sulit.
6) Tinja/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
7) Aktifitas: menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus.

2.4.4 Komplikasi Pada Neonatus

1) Hipotermi
2) Hipertermi
3) Hipoglikemi
4) Tetanus Neonatorum
5) Ikterus

2.4.5 Apgar Score

(Lihat Tabe; 2.6 APGAR SCORE)

Interpretasi :

a. Nilai 1-3 : asfiksia berat
b. Nilai 4-6 : asfiksia sedang
c. Nilai 7-10 : asfiksia ringan (Normal)

1. Ballard Score

   Sistem penelitian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L. Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik.

   (Lihat Tabel 2.7 Tahapan Bayi Baru Lahir)

2. Penyuluhan yang diberikan pada ibu sebelum pulang

   a. Perawatan pada tali pusat

      Dalam perawatan tali pusat hal yang paling terpenting ialah tetap menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Berikut cara merawat tali pusat:

      1) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum merawat tali pusat
      2) Bersihkan dengan lembut di sekitar tali pusat dengan kapas basah
      3) Bungkus tali pusat dengan longgar/tidak perlu rapat. Bungkus dengan kassa steril dan kering tanpa menggunakan antiseptic maupun ramuan/jamu. Penelitian terbaru membuktikan bahwa penggunaan povidone-iodine dapat menimbulkan efek samping karena diabsorpsi oleh kulit dan berkaitan dengan terjadinya transien hipotiroidisme.
      4) Popok/celana bayi diikat dibawah tali pusat, tidak menutupi tali pusat untuk menghindari kontak dengan feses dan urin.
      5) Segera mengganti kassa jika kasaa terkena urin atau fesses. Untuk mencegah terjadinya infeksi.

   b. Pemberian ASI.

      ASI adalah air susu ibu makanan alamiah bagi bayi karena mengandung zat gizi sesuai kebutuhan bayi. Mengandung zat kekebalan tubuh untuk mencegah bayi dari berbagai penyakit infeksi seperti diare, batuk, pilek dan gangguan pernafasan.

   c. Jaga kehangatan bayi.

      Gantilah handuk/kain jika basah dengan kain yang kering, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut, serta jangan lupa menutupi kepala bayi. Apabila suhu bayi kurang dari 36,5°C ,segera hangatkan bayi dengan teknik metode kanguru.

   d. Tanda-tanda bahaya

Jika muncul tanda-tanda bahaya berikan pertolongan pertama sesuai kemampuan ibu yang sesuai kebutuhan sampai bayi memperoleh perawatan medis lanjutan; membawa bayi ke RS atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segara.

e. Imunisasi.

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

(Lihat Tabel 2.8 Jadwal Imunisasi dan Penyait Yang Dapat Dicegah)

2.4.6 Reflek Bayi

a. Reflek menghisap (Sucking)
b. Reflek menggenggam (Palmar grasp)
c. Reflek leher (tonic neek)
d. Reflek mencari (Rotting)
e. Reflek morro
f. Reflek babinski
g. Reflek swallowing
h. Reflek merangkak (crawling)
i. Reflek berjalan dan melangkah (stepping)
j. Reflek swimming

2.4.7 Kunjungan Neonatal

(Lihat Tabel 2.9 Kunjungan Neonatal)

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Definisi

Masa antara adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sofian, 2012).

2.5.2 Tujuan KB

Menurut Maryunani (2016), tujuan KB meliputi :

1) Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga, dan bangsa.

2) Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.
3) Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

2.5.3 Macam Kontrasepsi yang dapat Digunakan Ibu *Post Partum*

1) Metode *Amenorrhea* Laktasi (MAL)

   Metode *Amenorrhe*a Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Affandi, 2011).

   (1) Keuntungan Kontrasepsi
      a. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
      b. Segera efektif.
      c. Tidak mengganggu senggama.
      d. Tidak ada efek samping secara sistematik.
      e. Tidak perlu obat atau alat.
      f. Tanpa biaya.

   (2) Keuntungan Non-Kontrasepsi
      a. Untuk Bayi
         1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI).
         2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang yang optimal.
      b. Untuk Ibu
         1) Mengurangi perdarahan persalinan.
         2) Mengurangi risiko anemia.
         3) Meningkatkan hubungan psikolog ibu dan bayi.

   (3) Keterbatasan
         1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
         2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
         3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai 6 bulan

4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus Hepatitis B dan HIV/AIDS.

2) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Pengertian AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

Cara kerja pada alat kontrasepsi dalam rahim yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2011).

(1) Keuntungan

a. Efektifitasnya tinggi
b. Dapat efektif segera seetelah pemasangan
c. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

(2) Kerugian

a. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/ AIDS
b. Klien tidak dapat melepas AKDR nya sendiri
c. Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR

(3) Efek Samping

a. Perubahan siklus haid (pada umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
b. Haid lebih lama dan banyak
c. Perdarahan (spotting) antar menstruarsi
d. Saat haid lebih sakit

3) Suntik Progestin

Suntikan progestin/Depo Medroksi Progesteron (DMPA) adalah suntikan yang mengandung 150mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat) (Affandi, 2011).

Cara kerja kontrasepsi suntik progestin yaitu mencegah ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadaap spermatozoa, membuat endometrium

kurang baik atau layak untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi, mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum didalam tuba fallopi.

(1) Keuntungan
   a. Sangat efektif
   b. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
   c. Tidak memmilik pengaruh terhadap ASI

(2) Keterbatasan
   a. Klien sangat bergantung pada tempat pelayanan kesehatan (karena harus kembali untuk melakukan suntik)
   b. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV/AIDS
   c. Terlambatnya kembali kesuburan setelah pengehentian pemakakaian (suntik)

(3) Efek Samping
   a. Amenorrhea (tidak terjadi perdarahan/ spotting)
   b. Perdarahan/ perdarahan bercak (spotting)
   c. Meningkatnya / menurunnya berat badan

4) Pil Progestin

Pil progestin atau mini pil merupakan kontrasepsi yang hanya mengandung progestin yang dikonsumsi setiap hari. Tidak seperti kontrasepsi oral kombinasi, sediaan ini tidak dapat diandalkan untuk menghambat ovulasi.

(1) Keuntungan Kontrasepsi
   a. Sangat efektif bila digunakan secara benar
   b. Tidak menggangu hubungan seksual
   c. Tidak mempengaruhi ASI
   d. Kesuburan cepat kembali

(2) Keuntungan Non- Kontrasepsi
   a. Mengurangi nyeri haid
   b. Mengurangi jumlah darah haid
   c. Menurunkan tingkat anemia

(3) Keterbatasan
   a. Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
   b. Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar

c. Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaandengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi

(4) Efek Samping

a. *Amenorrhea*

b. Perdarahan tidaka teratur (*spotting)*

5) Implant

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3-5 tahun (Affandi, 2011).

Ada beberapa efek samping pada kontrasepsi implant yaitu perubahan pola haid berupa perdarahan bercak *(spotting)*, *hipermenorea* atau meningkatnya jumlah darah haid, serta *amenorea* (Saifuddin, 2010).

Mekanisme kerja yang tepat dari implan belum jelas benar, seperti kontrasepsi lain yang hanya berisi progestin saja, implan tampaknya mencegah terjadinya kehamilan melalui beberapa cara yaitu, mencegah ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, perubahan lendir serviks menjadi kental sehingga menghambat pergerakan sperma (Marmi, 2016).

(1) Keuntungan Kontrasepsi

a. Perlindungan jangka panjang

b. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan

c. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam

d. Tidak mengganggu ASI

e. Tidak mengganggu kegiatan senggama

f. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Marmi, 2016).

(2) Keuntungan Non Kontrasepsi

a. mengurangi nyeri haid

b. mengurangi jumlah darah haid

c. mengurangi/memperbaiki anemia

d. melindungi terjadinya kanker endometrium

e. menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara

f. melindungi diri dari penyebab penyakit radang panggul (Marmi, 2016).

6) Metode Operatif Wanita (MOW) atau Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah dalam melakukan tubuektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Cara kerja dari tubektomi yaitu mengoklusi *tuba falopii* (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2011).

Keuntungan kontrasepsi KB MOW yaitu, lebih aman (keluhan sedikit), lebih praktis (hanya memerlukan satu kali tindakan), lebih efektif (tingkat kegagalan sangat kecil), efektifitas hampir 100%, tidak mempengaruhi libido seksual, tidak ada kegagalan dari pihak pasien, tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding),* tidak bergantung pada faktor senggama, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

7) Kondom

a. Mekanisme

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis.

b. Efektivitas

Sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun

c. Kelebihan

Dapat mencegah penularan IMS (InfeksiMenular Seksual)

d. Efek samping

Kondom rusak atau diperkirakan bocor .

e. Waktu

Pada saat melakukan hubungan seksual

8) Kontrasepsi Mantap

Pengertian kontrasepsi mantap atau sterilisasi pada wanita adalah suatu kontasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan

suatu tindakan pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (spermaIndikasi)

a. Indikasi
   1) Usia > 26 tahun,paritas > 2
   2) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
   3) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
   4) Pascapersalinan
   5) Pasca keguguran
   6) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
b. Kontraindikasi

   Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi menurut George Adriansz, dkk (2015) yaitu :
   1) Hamil
   2) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
   3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu desembuhkan atau dikontrol)
   4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
   5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
   6) Belum memberikan persetujuan tertulis
c. Waktu Penggunaan

   Waktu dilakukan tubektomi menurut George Adriansz, dkk (2011):
   1) Setiap waktu selama siklus mestruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
   2) Hari ke-6 sampai ke-13 siklus menstruasi (fase proliferasi)
   3) Pascapersalinan

      Dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu

      Laparaskopi: tidak tepat untuk klien-klien pasca persalinan.
d. Efek Samping
   1) Infeksi luka
   2) Demam pascaoperasi (>38°C)
   3) Luka pada kandung kemih, intestinal (jarang terjadi)

4) Hematoma (subcutan)
5) Emboli gas yang diakibatkan oleh laparaskopi (sangat jarang terjadi)
6) Rasa sakit pada lokasi pembedahan

   infeksi atau abses dan obati berdasarkan apa yang ditemukan

   Perdarahan superficial (tepi-tepi kulit atau subcutan).