TINJAUAN PUSTAKA

## 1.5 Kehamilan

### 1.5.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan hasil dari proses konsepsi hingga berakhir dengan persalinan. Secara normal, masa kehamilan berlangsung selama 280 hari atau sekitar 40 minggu (9 bulan 7 hari), yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir sampai janin dilahirkan. Periode kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama dari bulan ke-1 sampai bulan ke-3, trimester kedua dari bulan ke-4 hingga bulan ke-6, dan trimester ketiga dari bulan ke-7 sampai bulan ke-9 (Pudiastuti, 2012:1).

Proses kehamilan dimulai dari pertemuan antara sel ovum dan sel sperma yang umumnya terjadi di tuba fallopi. Setelah pembuahan, terbentuklah konsepsi yang kemudian dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi pada dinding rahim, tepatnya di lapisan endometrium, yang biasanya berlangsung pada hari ke-6 hingga ke-7 setelah konsepsi (Rintho, 2022).

### 1.5.2 Tanda Dan Gejala Kehamilan

1) Pasti Hamil

   a) Terdengar adanya denyut jantung janin (DJJ)

   b) Terasa gerakan janin

   c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio

   d) Pada pemriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (>16 minggu)

2) Tidak Pasti Hamil

   a. Amenore/ tidak mengalami menstruasi sesuai siklus ( terlambat haid)

   b. Mual muntah dan tidak nafsu makan

   c. Sering buang air kecil

   d. Obstipasi (sembelit)

   e. Payudara menegang

   f. Kenaikan suhu tubuh

3) Kemungkinan Hamil

a. Rahim membesar

b. Tanda hegar ( meluasnya daerah istimus yang menjadi lunak, sehingga pada pemeriksaan vaginal orpus uteri seolah terpisah dari bagian serviks. Keadaan ini di jumpai pada kehamilan 6-8 minggu.

c. Tanda piskacek : yaitu pembesaran uterus kesalah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut.

d. Tanda Chadwick : yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva.

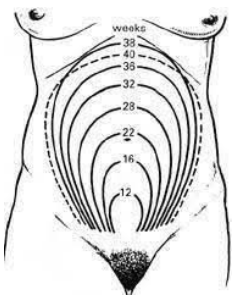
e. Braxton hicks, bila uterus dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah berkontraksi

f. Ballottement positif

g. Tes urine positif

### 1.5.3 Perubahan Fisiologis Kehamilan

1. Sistem Reproduksi




a. Uterus

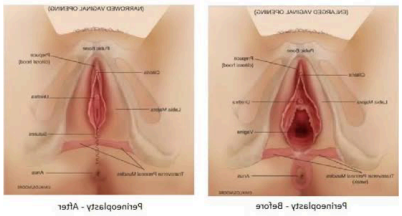
Uterus akan membesar pada bulan bulan pertama di bawah pengaruh

estrogen dan progesteron. Pembesaran ini di sebabkan oleh adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hyperplasia dan hypertropi serta perkembangan desidua.

( Sumber Tyastuti. Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan 2016 )

b. Vagina dan Vulva

Pengaruh hormon estrogen menyebabkan vulva dan vagina tampak lebih kemerahan dengan sedikit kebiruan, yang dikenal sebagai tanda Chadwick. Pada dinding vagina terjadi berbagai perubahan sebagai persiapan menghadapi proses persalinan, antara lain peningkatan ketebalan mukosa, pelonggaran jaringan ikat, serta hipertrofi sel otot polos. Perubahan tersebut membuat dinding vagina menjadi lebih panjang (Prawirohardjo, 2014).



( Sumber )

c. Ovarium

Pada awal kehamilan, masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan ukuran sekitar 3 cm. Setelah plasenta terbentuk, ukuran korpus luteum akan mengecil. Struktur ini berperan menghasilkan hormon estrogen dan progesteron. Selama masa kehamilan, ovulasi terhenti dan pematangan folikel baru tidak berlangsung. Hanya ada satu korpus luteum di ovarium, yang berfungsi optimal selama 6–7 minggu pertama kehamilan, kemudian aktivitasnya menurun dan hanya menghasilkan progesteron dalam jumlah relatif sedikit (Prawirohardjo, 2014).

d. Servik Uteri

Serviks juga mengalami perubahan akibat pengaruh hormon estrogen. Peningkatan kadar

estrogen yang disertai dengan hipervaskularisasi membuat konsistensi serviks menjadi lebih lunak. Struktur serviks didominasi oleh jaringan ikat kolagen dan hanya sedikit mengandung jaringan otot. Oleh karena itu, serviks tidak berfungsi sebagai sfingter, melainkan akan membuka ketika terjadi persalinan, mengikuti tarikan korpus uteri ke atas serta tekanan janin ke arah bawah (Prawirohardjo, 2014).

e. Mamae

Payudara membesar selama kehamilan karena pengaruh hormon somatomamotropin, estrogen, dan progesteron. Somatomamotropin merangsang pertumbuhan sel-sel asinus sehingga payudara dipersiapkan untuk laktasi. Pada trimester ketiga, ukuran payudara semakin bertambah dan pembuluh vena di bawah kulit tampak lebih jelas. Puting menjadi lebih besar, berwarna lebih gelap, dan menonjol. Menjelang akhir kehamilan, dapat keluar cairan kekuningan yang disebut kolostrum. Namun, produksi air susu belum berlangsung karena hormon prolaktin masih dihambat oleh

prolactin inhibiting hormone (Prawirohardjo, 2014).

f. Sistem Endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin sangat penting untuk mendukung keberlangsungan kehamilan, pertumbuhan janin secara normal, serta proses pemulihan setelah persalinan.

g. Sistem Kekebalan

Pada ibu hamil, peningkatan pH sekresi vagina dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada vagina. Meskipun demikian, sistem pertahanan tubuh ibu tetap berfungsi dengan baik, karena kadar imunoglobulin tidak mengalami perubahan selama kehamilan. Imunoglobulin G (IgG) merupakan satu-satunya antibodi yang dapat melewati plasenta, sehingga bayi memperoleh kekebalan pasif yang mampu melindunginya dari berbagai infeksi.

h. Pencernaan

Pada trimester ketiga, posisi lambung berubah menjadi vertikal sehingga berbeda dari posisi normalnya yang horizontal. Perubahan mekanis ini

meningkatkan tekanan intragastrik dan mengubah sudut pertemuan antara lambung dan esofagus, sehingga menimbulkan refluks esofageal. Penurunan tonus dan motilitas otot polos saluran cerna, disertai relaksasi sfingter esofagus bawah, berperan sebagai faktor predisposisi terjadinya keluhan seperti nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid. Konstipasi dapat timbul akibat efek hormon progesteron yang memperlambat gerakan usus, kurangnya aktivitas fisik, dan rendahnya asupan cairan. Hemoroid umumnya terjadi karena konstipasi serta peningkatan tekanan pada pembuluh darah di sekitar uterus, termasuk vena hemoroidalis. Nyeri ulu hati biasanya disebabkan oleh kombinasi peningkatan tekanan intragastrik dengan penurunan tonus sfingter esofagus bawah, yang memungkinkan asam lambung naik ke esofagus bagian bawah.

i. Sirkulasi Darah

Sistem sirkulasi ibu hamil dipengaruhi oleh aliran darah ke plasenta dan pembesaran uterus yang disertai pembuluh darah besar. Volume plasenta

mulai meningkat sejak usia kehamilan 10 minggu dan terus bertambah hingga usia 30–34 minggu, lalu mencapai titik maksimal.

j. Kulit

Pada dinding perut sering muncul perubahan warna kulit menjadi kemerahan atau kusam, yang dikenal dengan istilah striae gravidarum. Pada ibu yang sudah pernah melahirkan (multipara), striae lama biasanya tampak sebagai garis berwarna perak berkilau akibat jaringan parut. Selain itu, banyak ibu hamil juga mengalami perubahan warna pada garis tengah perut (linea alba) menjadi cokelat kehitaman, yang disebut linea nigra (Prawirohardjo, 2014).

k. Sistem Pernafasan

Posisi tubuh dapat memengaruhi peredaran darah. Saat ibu hamil berbaring telentang, curah jantung dapat menurun hingga 25% akibat tertekannya vena cava inferior oleh uterus yang membesar, terutama pada trimester ketiga. Sirkulasi uteroplasenta memperoleh bagian terbesar dari curah jantung, dengan aliran darah meningkat dari

1–2% pada trimester pertama menjadi sekitar 17% pada akhir kehamilan. Pada kehamilan cukup bulan, aliran darah ibu ke dasar plasenta mencapai kurang lebih 500 ml per menit.

2. Kenaikan Berat Badan

Kenaikan berat badan selama kehamilan berkisar antara 6–16 kg. Pertambahan ini terutama berasal dari pertumbuhan janin, plasenta, cairan ketuban, serta peningkatan volume organ dan cairan intrauterin (Sukarni & Margaret, 2016).

### 1.5.4 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan kurang dari 22 minggu dapat menandakan kondisi seperti abortus, mola hidatidosa, atau kehamilan ektopik terganggu (KET). Pada usia kehamilan lanjut, perdarahan yang berwarna merah, jumlahnya banyak, kadang disertai nyeri, dapat mengindikasikan plasenta previa atau solusio plasenta.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang berat, menetap, dan tidak membaik meskipun beristirahat, sering menjadi tanda masalah

serius pada kehamilan. Keluhan ini dapat disertai penglihatan kabur dan merupakan gejala preeklampsia. Jika tidak ditangani, kondisi tersebut dapat berkembang menjadi kejang atau stroke.

c. Gangguan penglihatan mendadak ( pandangan kabur )

Perubahan penglihatan ringan yang terjadi perlahan biasanya dipengaruhi hormon. Namun, bila terjadi secara tiba-tiba seperti pandangan kabur atau berbayang, apalagi disertai sakit kepala, dapat mengarah pada preeklampsia. Pandangan kabur ini bisa disebabkan oleh sakit kepala hebat yang menimbulkan edema otak dan meningkatkan tekanan pada sistem saraf pusat.

d. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut pada usia kehamilan 22 minggu atau kurang bisa menjadi gejala utama abortus atau kehamilan ektopik.

e. Bengkak pada muka atau tangan

Edema atau pembengkakan adalah penumpukan cairan berlebih di jaringan tubuh. Bengkak ringan pada kaki yang hilang setelah istirahat dianggap

normal. Namun, jika bengkak muncul di wajah dan tangan, tidak menghilang setelah beristirahat, serta disertai keluhan lain, dapat menandakan kondisi serius seperti anemia, gagal jantung, atau preeklampsia.

f. Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Ibu hamil biasanya mulai merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 5–6 bulan. Gerakan normal minimal 3 kali dalam 1 jam. Bila gerakan berkurang atau tidak ada, kondisi ini bisa mengarah pada IUFD (Intra Uterine Fetal Death), yaitu tidak adanya tanda kehidupan pada janin. Perlu diingat, gerakan janin bisa melemah saat bayi sedang tidur, namun tidak seharusnya berhenti sama sekali.

### 1.5.5 Standar Pelaksanaan Dalam Kehamilan

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), pemeriksaan antenatal harus diberikan secara berkualitas sesuai standar melalui pelayanan **14 T**, yang meliputi:

a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Setiap kunjungan antenatal dilakukan penimbangan berat badan untuk mendeteksi kemungkinan gangguan pertumbuhan janin. Kenaikan berat badan kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg per bulan menunjukkan adanya masalah. Tinggi badan ibu juga diukur pada kunjungan pertama untuk menilai risiko, karena tinggi badan <145 cm dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

b. Pengukuran tekanan darah

Dilakukan pada setiap kunjungan untuk mendeteksi hipertensi (≥140/90 mmHg) serta preeklampsia yang ditandai dengan hipertensi disertai edema pada wajah/tungkai dan/atau proteinuria.

c. Ukur tinggi fundus uteri

Dilakukan setiap kunjungan untuk menilai pertumbuhan janin sesuai usia kehamilan. Ketidaksesuaian ukuran bisa menandakan adanya gangguan pertumbuhan janin. Setelah usia kehamilan 24 minggu, pengukuran dilakukan dengan pita ukur.

d. Pemberian tablet fe selama kehamilan

Tablet zat besi dan asam folat diberikan minimal 90 tablet selama kehamilan sejak kunjungan pertama untuk mencegah anemia defisiensi besi.

e. Pemberian imunisasi TT

Imunisasi TT diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum. Status imunisasi diperiksa sejak kunjungan pertama. Ibu minimal harus memiliki status TT2 untuk perlindungan, sedangkan yang sudah TT5 (TT Long Life) tidak memerlukan imunisasi tambahan. Interval imunisasi hanya memiliki batas minimal, tanpa batas maksimal.

f. Pemeriksaan HB

Pemeriksaan laboratorium rutin bagi ibu hamil meliputi golongan darah, kadar hemoglobin, serta pemeriksaan khusus sesuai kondisi daerah endemis (misalnya malaria, HIV, dan lain-lain).

g. Temu wicara

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal

yang meliputi :

1) Kesehatan ibu.

2) Perilaku hidup sehat dan bersih.

3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan Persalinan.

4) Persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.

5) Asupan gizi seimbang.

6) Gejala penyakit menular dan tidak menular

7) Penawaran untuk melakukan tes HIV, koseling di daerah epidemi meluas, terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan Tuberkulosis di daerah epidemi rendah.

8) Inisiasi menyusu dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif .

9) KB pasca bersalin.

10) Imunisasi.

h. Pemeriksaan protein urine atas indikasi

i. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi

## 1.6 Persalinan

### 1.6.1 Definisi

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) dari rahim ke dunia luar, baik melalui jalan lahir maupun dengan cara lain (Mochtar, 1998). Menurut Manuaba (2008), persalinan adalah puncak dari masa kehamilan, di mana berbagai sistem tubuh yang tampak tidak saling berkaitan justru bekerja secara harmonis untuk memungkinkan lahirnya bayi. Sedangkan Saifudin (2001) mendefinisikan persalinan dan kelahiran sebagai proses keluarnya janin pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), terjadi secara spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung sekitar 18 jam, serta tanpa disertai komplikasi pada ibu maupun bayi.

Berdasarkan berbagai pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) dari rahim ke dunia luar melalui jalan lahir, yang

berlangsung secara spontan dengan presentasi belakang kepala pada kehamilan aterm atau cukup bulan (37–42 minggu), dan umumnya terjadi dalam kurun waktu sekitar 18 jam.

### 1.6.2 Fisiologi Persalinan

Persalinan dibagi menjadi tiga kala yang berbeda. Yaitu Kala I persalinan dimulai ketika kontraksi uterus memiliki frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menyebabkan penipisan serta pembukaan serviks secara progresif, dan berakhir saat dilatasi serviks mencapai lengkap (sekitar 10 cm) sehingga kepala janin dapat melewati jalan lahir. Oleh karena itu, kala I disebut juga *stadium pendataran*. Kala satu persalinan selesai ketika pembukaan atau dilatasi serviks sudah lengkap (sekitar 10 cm) sehinggga memungkinkan kepala janin lewat. Kemudian Kala II persalinan berlangsung sejak dilatasi serviks lengkap hingga lahirnya janin, sehingga kala ini dikenal sebagai *stadium pengeluaran.* Kala II persalinan di sebut juga stadium ekspulsi janin. Sementara itu, Kala III dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir dengan keluarnya plasenta beserta selaput ketuban, sehingga disebut juga *stadium pemisahan dan pengeluaran*

*plasenta* (Prawirohardjo, 2011).

### 1.6.3 Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Tanda persalinan sudah dekat

   a. Lightening

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

      1) Kontraksi braxton hicks

      2) Ketegangan otot perut

      3) Keteganfan ligamentu rotundum

      4) Gaya berat janin kepala kearah bawah

   b. Terjadinya his permulaan

      Dengan makin tua pada usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan his palsu.

      Sifat his palsu:

a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

b) Datangnya tidak teratur

c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda

d) Durasinya pendek

e) Tidak bertambah jika beraktivitas

2. Tanda masuk persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat yaitu :

a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan

b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar

c) Kontraksi uterus menghakibatkan perubahan uterus

d) Makin beraktifitas (jalan), kekuatan bertambah besar

b. Bloody show

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menyebabkan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Keluarnya banyak cairan dari jalan lahir biasanya disebabkan oleh pecahnya ketuban atau robeknya selaput ketuban. Umumnya ketuban pecah saat pembukaan hampir lengkap, namun kadang terjadi ketika pembukaan masih kecil. Setelah ketuban pecah, diharapkan proses persalinan dapat berlangsung dalam kurun waktu 24 jam.

### 1.6.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul dan vagina serta introitus (lubang luar vagina), meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. (Marmi, 2012)

b. Passenger

Menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan

lahir yaitu :

1. Janin

a. Presentasi janin

Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian

depan jalan lahir, seperti: presentasi kepala (vertex, muka dan dahi),

presentasi bokong: bokong murni, bokong kaki, letak lutut atau letak

kaki dan presentasi bahu. (Marmi, 2012)

b. Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan antara bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh lainnya, yang terbentuk dari pola pertumbuhan janin serta penyesuaiannya terhadap bentuk rahim. Dalam kondisi normal, punggung janin melengkung (fleksi), kepala menunduk ke arah dada, paha menekuk ke arah lutut, sementara tangan bersilang di depan dada, dan tali pusat berada di antara lengan serta tungkai. Jika sikap normal ini

menyimpang, dapat menimbulkan hambatan saat proses persalinan (Marmi, 2012).

c. Letak janin

Letak janin menggambarkan posisi sumbu janin terhadap sumbu ibu. Pada letak lintang, sumbu janin tegak lurus dengan sumbu ibu, sedangkan pada letak membujur sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, yang dapat berupa letak kepala atau letak sungsang (Marmi, 2012).

2. Plasenta

Plasenta merupakan bagian penting dalam kehamilan yang berfungsi menyalurkan zat dari ibu ke janin, menghasilkan hormon yang dibutuhkan selama kehamilan, serta bertindak sebagai pelindung (barier). Gangguan pada plasenta dapat berupa kelainan fungsi atau masalah implantasi. Kelainan letak implantasi dikenal dengan istilah plasenta previa, sedangkan kelainan kedalaman implantasi disebut plasenta akreta, inkreta, dan perkreta (Marmi, 2012).

c. Power

a. His

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daeah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapatkan dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

His memiliki sifat :

1. Involutir
2. Intermiten
3. Terasa sakit
4. Terkoordinasi

b. Mengejan

Dalam proses persalinan normal ada 3 komponen yang amat menentukan, yakni passenger (janin), passage (jalan lahir) dan power (kontraksi). Agar proses persalinan berjalan lancar, ketiga komponen itu harus sama-sama ddalam kondisi baik.

c. Psyche

Keadaan psikologi ibu sangat berpengaruh terhadap jalannya persalinan. Ibu yang mendapat dukungan dari suami atau orang-orang terdekat biasanya melalui proses persalinan dengan lebih lancar dibandingkan ibu yang tidak didampingi. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental memberikan dampak positif pada kondisi psikis ibu, yang pada akhirnya mendukung kelancaran persalinan.mempengaruhi proses persalinan.

d. Position

Posisi ibu juga berperan dalam proses persalinan, karena dapat memengaruhi adaptasi anatomi maupun fisiologis. Variasi posisi diberikan untuk mengurangi rasa lelah, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki sirkulasi darah. Posisi tegak memiliki beberapa keuntungan, antara lain memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu penurunan janin serta mengurangi risiko terjadinya penekanan pada tali pusat.

e. Penolong

Salah satu faktor penting yang memengaruhi angka kematian ibu adalah kemampuan serta keterampilan penolong persalinan. Keterampilan yang diperoleh melalui pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai standar pelayanan pada setiap ibu bersalin di semua tahapan persalinan, di mana pun proses tersebut berlangsung. Persalinan dapat terjadi di rumah, puskesmas, maupun rumah sakit, dengan bidan sebagai tenaga penolong utama. Jenis asuhan yang diberikan disesuaikan dengan kondisi ibu, bayi, serta tempat persalinan, selama mampu memenuhi kebutuhan spesifik keduanya (Yanti, 2009).

### 1.6.5 Perubahan Dalam Proses Persalinan

a. Perubahan Fisiologis

1. Perubahan fisiologis pada kala I

a. Sistem Reproduksi

1. Terjadinya kontraksi Uterus

Pada awal persalinan, kontraksi uterus berlangsung setiap 15-20 menit dengan

durasi 15-20 deik, setelah itu kontraksi akan terjadi setiap 5-7 menit dengan durasi 30-40 detik. Selama fase aktif, kontraksi uterus menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang yakni 40 detik hingga mencapai 60 detik menjelang akhir fase aktif.

Terdapat 4 perubaha fisiologi pada kontraksi uterus yaitu :

a) Fundal dominan atau dominasi

   Kontraksi dimulai dari fundus pada salah satu kornu, kemudian menyebar ke samping dan ke arah bawah. Bagian fundus menjadi lokasi kontraksi yang paling kuat dan bertahan paling lama, namun pada puncak kontraksi, aktivitas ini dapat melibatkan seluruh bagian uterus.

b) Kontraksi dan retraksi

   Pada awal persalinan, kontraksi uterus muncul setiap 15–20 menit dengan

durasi sekitar 30 detik. Menjelang akhir kala I, kontraksi terjadi lebih sering, yaitu setiap 2–3 menit dengan lama 50–60 detik dan intensitas yang lebih kuat. Segmen atas uterus tidak sepenuhnya kembali ke panjang semula setelah relaksasi, melainkan tetap lebih pendek dari sebelumnya. Keadaan ini dikenal sebagai retraksi.

c) Polaritas

Polaritas menggambarkan keseimbangan aktivitas otot pada dua kutub uterus selama kontraksi. Saat segmen atas uterus berkontraksi kuat dan mengalami retraksi, segmen bawah hanya berkontraksi ringan sambil membuka jalan lahir.

d) Differensiasi atau perubahan kontraksi uterus

Dalam fase aktif persalinan, uterus terbagi menjadi dua bagian dengan fungsi berbeda. Segmen atas

berkontraksi aktif dan menebal seiring kemajuan persalinan, sedangkan segmen bawah serta serviks lebih pasif dan membentuk saluran tipis bagi jalannya janin. Pada perbatasan segmen atas dan bawah terbentuk cincin retraksi. Segmen bawah sendiri terbentuk secara bertahap selama kehamilan dan semakin menipis menjelang persalinan.

2. Pembentukan Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

   SAR diebntuk oleh corpus uteri yang sifatna aktif, yaitu berkontraksi. Sedangkan SBR terbentang di uterus bagian bawah antar istmus, dengan serviks serta otot yang tipis dan elastis. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif yaitu megadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan eregang yang nantinya akan dilalui oleh bayi

3. Penipisan dan Pembukaan Serviks

adalah proses pemendekan kanalis servikalis yang awalnya memiliki panjang sekitar 1–2 cm, kemudian berubah menjadi sebuah lubang dengan dinding yang menipis. Setelah serviks menipis, proses selanjutnya adalah pembukaan pada serviks. Pembukaan serviks yaitu pelebaran ostium eksternum dari ukuran hanya beberapa milimeter hingga cukup besar untuk dilalui janin.

4. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

   Perbahan pada vagina dan dasar panggul terjadi terutama setelah ketuban pecah, di mana bagian depan janin memberikan tekanan sehingga menimbulkan perubahan pada area tersebut.

b. Sistem kardiovaskular

   Tekanan darah mengikat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sisolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Begitu pula dengan denyut jantung akan mengalami peningkatan selama konraksi

c. Sistem metabolisme

Metabolisme karbohodrat baik aerob maupun anaerob akan meningkat. Peningkatan metabolisme disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Selama persalinan metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, nadi, pernafasan, cardiac output dan kehilangan cairan.

d. Sistem respirasi

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan dianggap normal selama persalinan

e. Sistem renal

Selama proses persalinan sering terjadi poliuria, yang disebabkan oleh meningkatnya curah jantung serta bertambahnya aliran plasma ke ginjal dan glomerulus. Kandung kemih perlu dikosongkan atau dipantau setiap 2 jam untuk mencegah hambatan pada bagian terbawah

janin, mengurangi risiko trauma kandung kemih, serta menghindari terjadinya retensi urine setelah persalinan.

f. Sistem pencernaan

Pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang menyebabkan pencernaan hampir terhenti selam persalinan. Makanan yang masuk ke lambung kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan.

g. Suhu tubuh

Selama persalinan, suhu tubuh biasanya sedikit meningkat dan mencapai titik tertinggi pada saat persalinan berlangsung maupun segera setelahnya. Peningkatan ini masih dianggap normal selama tidak melebihi 0,5–1,0°C. Namun, bila kenaikan suhu berlangsung terlalu lama, hal tersebut dapat menjadi indikasi adanya dehidrasi. Selain itu, penting juga memantau kondisi selaput ketuban, apakah sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa menjadi tanda

adanya infeksi.

2. Perubahan fisiologis pada kala II

   a. Perubahan Uterus

      1. Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila di palpasi akan teraba keras saat kontraksi

      2. Segmen bawah : terdiri uterus dan serviks merupakan daerah yang ersifat pasif mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus

      3. Batas atas segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologi : cinci bandle

      4. Bentuk uterus menjadi oval disebaban adanya pergerakan tubuh janin dari membungkuk menjadi tegap.

      5. Saat ada his, uterus keras karena otot berkontraksi, otot bawah rahim tertarik keatas pembukaan serviks dan dorongan janin ke bawah.

b. Perubahan Serviks

Serviks akan membuka, didahului dengan pemendekan serviks. Pembesaran ostium uteri eksternum. Pembukaan lengkap: tidak teraba lagi bibir serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah pada ibu dapat naik sekitar 15–25 mmHg selama kontraksi pada kala II persalinan. Usaha mengedan juga berpengaruh, yaitu dapat menyebabkan tekanan darah meningkat, kemudian menurun, dan akhirnya berada sedikit lebih tinggi dari normal. Oleh karena itu, pemantauan tekanan darah perlu dilakukan secara teliti di sela-sela kontraksi. Kenaikan rata-rata sekitar 10 mmHg di antara kontraksi setelah ibu melakukan mengedan masih dianggap wajar.

d. Nadi

Irama denyut nadi ibu dapat berubah-ubah setiap kali ia mengedan. Secara umum,

frekuensi nadi cenderung meningkat selama kala II persalinan, bahkan dapat terjadi takikardi yang mencapai puncaknya saat proses persalinan berlangsung.

e. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0.5

f. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi

g. Metabolisme

Peningkatan metabolisme berlanjut ke kala II, mual dan muntah pada saat transisi akan mereda selama kala II. Apabila muntah konstan dan menetap, merupakan abnormal merupakan indikasi ruptur uterus dan toksemia.

h. Ginjal

Polyuria kerap muncul selama persalinan, disebabkan oleh meningkatnya curah jantung serta kemungkinan adanya peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Namun, kondisi ini kurang tampak saat ibu berada pada posisi terlentang karena posisi tersebut dapat mengurangi aliran urine selama kehamilan.

i. Gastrointestinal

Motilitas lambung yang menurun tetap berlangsung hingga kala II persalinan. Muntah biasanya hanya terjadi sesekali dan masih dianggap normal. Akan tetapi, muntah yang terus-menerus merupakan kondisi abnormal dan bisa menjadi tanda adanya komplikasi obstetri, misalnya ruptur uteri.

j. Dorongan mengejan

Saat janin semakin turun ke dalam vagina, kontraksi rahim menjadi lebih kuat dan bersifat ekspulsif. Tekanan dari bagian janin yang

menonjol akan merangsang reseptor saraf di dasar panggul (dikenal sebagai refleks Ferguson), yang memunculkan dorongan mengejan pada ibu. Pada awalnya, refleks ini masih dapat dikendalikan, tetapi seiring kontraksi yang makin intens, dorongan tersebut menjadi lebih kuat, tidak terkontrol, dan bersifat involunter. Ibu kemudian merespons dengan menggunakan tenaga tambahan berupa kontraksi otot perut dan diafragma untuk membantu proses pengeluaran janin.

k. Pergeseran jaringan lunak

Ketika kepala janin yang keras turun melalui jalan lahir, jaringan lunak pada panggul mengalami pergeseran. Dari arah anterior, kandung kemih terdorong ke atas menuju abdomen, sehingga risiko cedera kandung kemih berkurang selama penurunan janin. Hal ini mengakibatkan peregangan dan penipisan uretra yang menyebabkan lumen uretra mengecil. Dari arah posterior, rektum

terdorong dan menjadi rata mengikuti kurva sakrum, sementara tekanan kepala janin dapat mendorong keluar sisa feses. Otot levator ani mengalami dilatasi, menipis, serta bergeser ke samping. Badan perineum pun menipis, meregang, dan menjadi datar. Kepala janin mulai tampak pada vulva, bergerak maju saat kontraksi, kemudian mundur kembali di antara kontraksi, hingga akhirnya terjadi crowning.

l. Perubahan Hemoglobin

Selama persalinan, kadar hemoglobin meningkat rata-rata sekitar 1,2 g/100 ml. Namun, jika tidak terjadi kehilangan darah yang berlebihan, kadar hemoglobin akan kembali normal pada hari pertama setelah persalinan.

3. Perubahan fisiologis pada kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga keluarnya plasenta, biasanya berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus akan terasa keras dengan fundus berada di atas pusat. Beberapa menit kemudian, kontraksi

kembali terjadi untuk membantu melepaskan plasenta dari dinding rahim. Umumnya, plasenta terlepas dalam 6–15 menit dan keluar secara spontan atau dengan bantuan tekanan pada fundus. Proses keluarnya plasenta biasanya disertai perdarahan.

Komplikasi kala III dapat berupa perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir, atau masalah pada tali pusat. Setelah plasenta terlepas, tempat implantasi akan mengecil karena kontraksi dan pengosongan rahim. Pengecilan ini menyebabkan plasenta menebal, melipat, dan akhirnya terlepas, lalu turun ke bagian bawah rahim atau masuk ke dalam vagina.

4. Perubahan fisiologis pada kala IV

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir dan berlangsung selama dua jam berikutnya. Periode ini merupakan fase paling kritis dalam upaya mencegah kematian ibu, terutama akibat perdarahan. Oleh karena itu, pada jam pertama, bidan harus memantau kondisi ibu setiap 15

menit, dan pada jam kedua setiap 30 menit. Jika kondisi ibu tidak stabil, pemantauan harus dilakukan lebih sering. Setelah plasenta lahir, uterus biasanya teraba di tengah abdomen, sekitar 2/3 jarak antara simfisis pubis dan umbilikus, atau tepat di atas umbilikus.

b. Perubahan Psikologis

1. Perubahan psikologis pada kala I

a) Kecemasan dan ketakutan berupa rasa takut jika bayi yang dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Saat ini, kepercayaan pada hal-hal gaib dalam proses reproduksi memang semakin berkurang, karena kesulitan saat persalinan sudah dapat dijelaskan secara medis melalui faktor patologis maupun kelainan tertentu atau sebab keluar biasaan.

b) Timbul ketegangan, rasa takut, nyeri, kecemasan, serta konflik batin akibat bertambah besarnya janin. Kondisi ini

membuat ibu mudah lelah, merasa tidak nyaman, sulit tidur, mengalami gangguan pernapasan, serta menghadapi berbagai keluhan fisik lainnya.

c) Ibu sering merasa mudah jengkel, tidak nyaman, cepat panas, dan menjadi kurang sabar.

d) Ketakutan menghadapi risiko dan bahaya persalinan dapat menjadi hambatan. Hal ini ditunjukkan dengan rasa cemas, gelisah tanpa sebab jelas, sesak napas, jantung berdebar, wajah pucat, serta napas pendek.

e) Muncul harapan tertentu terhadap jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan.

f) Terkadang timbul sikap penolakan atau perasaan bermusuhan terhadap bayi, misalnya karena keinginan memiliki anak yang sempurna, rasa belum siap menjadi seorang ibu, atau kecemasan akan keselamatan bayi di luar kandungan.

g) Kegelisahan dan ketakutan menjelang

kelahiran bayi.

2. Perubahan psikologis pada kala II

   a) Panik dan takut terhadap apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.

   b) Bingung dengan apa yang terjadi saat pembukaan lengkap

   c) Frustasi dan marah

   d) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada dikamar beersalin.

   e) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah

   f) Fokus pada dirinya sendiri.

3. Perubahan psikologis pada kala III

   a) Bahagia

   Perasaan bahagia muncul karena momen yang ditunggu-tunggu akhirnya tiba, yakni kelahiran bayi. Ibu merasa bangga dan lengkap sebagai seorang wanita karena mampu melahirkan, memberikan keturunan untuk suaminya, serta menambah anggota baru dalam keluarga.

Kebahagiaan juga dirasakan saat ibu dapat melihat buah hatinya secara langsung.

b) Cemas dan takut

Di sisi lain, ibu juga dapat mengalami rasa cemas dan takut. Kecemasan ini muncul karena persalinan sering dianggap sebagai situasi kritis antara hidup dan mati. Perasaan takut juga bisa dipengaruhi oleh pengalaman persalinan sebelumnya atau kekhawatiran tidak mampu memenuhi kebutuhan anaknya.

4. Perubahan psikologis pada kala IV

a) Phase honeymoon

Fase honeymoon adalah periode setelah bayi lahir, di mana terjadi interaksi dan kedekatan emosional antara ibu, ayah, dan bayi. Fase ini disebut sebagai masa “bulan madu psikologis” meskipun tidak selalu melibatkan hal-hal romantis. Pada tahap ini, orang tua saling memberikan perhatian kepada bayi dan membangun ikatan baru dalam keluarga.

b) Ikatan kasih

Pada kala IV juga terbentuk ikatan kasih antara ibu, ayah, dan bayi melalui kontak langsung. Peran bidan penting untuk mendukung terciptanya ikatan ini, misalnya dengan mendorong partisipasi suami dalam proses persalinan. Hal ini membantu memperkuat hubungan emosional antara orang tua dan anak (Legawati, 2018).

### 1.6.6 Tahap Persalinan

1. Kala I ( pembukaan jalan lahir )

Kala I persalinan dimulai dengan timbulnya kontraksi uterus yang teratur dan berakhir ketika serviks mengalami dilatasi penuh. Pada sebagian besar ibu multipara, dilatasi lengkap dapat terjadi dalam waktu kurang dari satu jam, sedangkan pada primigravida jarang berlangsung kurang dari 24 jam. Rata-rata lama kala I pada primigravida berkisar antara 3,3–19,7 jam, sementara pada multigravida sekitar 0,1–14,3 jam (Bobak, Lowdermilk & Jensen,

2004).

Proses membukan serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu :

a. Fase laten : dimulai sejak timbulnya kontraksi awal yang menimbulkan penipisan serta pembukaan serviks secara perlahan. Tahap ini biasanya berlangsung sekitar 8 jam, dengan dilatasi yang meningkat secara lambat hingga mencapai 4 cm.

b. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase lagi yaitu :

   - Fase akselerasi dalam waktu dua jam pembukaan 4 cm menjadi 5 cm

   - Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

   - Fase deselarasi pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

   Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013), bidang Hodge dipelajari untuk mengetahui sejauh mana

bagian terendah janin telah turun ke dalam panggul selama proses persalinan, yaitu :

1. Bidang Hodge I: bidang datar yang ditarik melalui bagian atas simfisis pubis hingga promontorium, membentuk lingkaran pintu atas panggul.
2. Bidang Hodge II: bidang yang sejajar dengan Hodge I, posisinya berada pada setinggi bagian bawah simfisis pubis.
3. Bidang Hodge III: bidang yang juga sejajar dengan Hodge I dan II, terletak pada level spina ischiadica kanan dan kiri.
4. Bidang Hodge IV: bidang sejajar dengan Hodge I, II, dan III, dengan letak setinggi tulang ekor (os coccygis).

2. Kala II (Pengeluaran )

Kala II persalinan merupakan tahap pengeluaran janin. Pada fase ini, kontraksi (his) menjadi lebih kuat dan lebih sering, yaitu setiap 2–3 menit. Ketika kepala janin mulai memasuki rongga panggul, kontraksi menimbulkan tekanan pada otot dasar

panggul sehingga ibu merasakan dorongan untuk mengejan, disertai rasa tertekan pada rektum seperti ingin buang air besar. Perineum kemudian menonjol dan melebar, anus terbuka, serta labia mulai meregang. Tidak lama kemudian, kepala janin tampak pada vulva saat kontraksi. Dengan bantuan his dan kekuatan mengejan maksimal, kepala lahir dalam presentasi belakang kepala, diikuti oleh keluarnya tubuh dan anggota badan bayi setelah jeda singkat (Wiknjosastro dkk., 2005).

Saat kontraksi berlangsung, kepala janin mulai terlihat, vulva semakin membuka, perineum meregang, dan dengan dorongan mengejan yang terpimpin, kepala lahir diikuti oleh seluruh tubuh janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multi primi berbeda yaitu :

- Primipara kala II berlangsung 1,5 jam – 2 jam
- Multipara kala II berlangsung 0,5 jam – 1 jam

3. Kala III (Kala Uri )

Kala III persalinan dimulai sejak bayi lahir hingga keluarnya plasenta. Setelah janin lahir, kontraksi rahim berhenti sejenak, uterus teraba keras dengan fundus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang tampak lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa menit kemudian muncul kontraksi untuk mendorong plasenta keluar. Dalam waktu 1–5 menit, plasenta biasanya terlepas dan turun ke vagina hingga akhirnya lahir secara spontan. Proses ini umumnya berlangsung 5–30 menit setelah bayi lahir, disertai perdarahan sekitar 100–200 cc.

Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan pada fundus uteri untuk membantu pengeluaran plasenta. Setelah lahir, plasenta harus diperiksa dengan teliti untuk memastikan kelengkapannya agar tidak menimbulkan gangguan kontraksi rahim maupun perdarahan sekunder (Manuaba, 2006).

Tanda kala III terdiri dari 2 fase :

a. Fase pelepasan uri

   Mekanisme pelepasan uri terdiri atas :

   1. Schultze : pelepasan dimulai dari tengah

plasenta dimulai dari tengah plasenta, biasanya tanpa perdarahan awal hingga plasenta terlepas seluruhnya.

2. Dunchan : pelepasan dimulai dari pinggir plasenta seringkali disertai perdarahan sebelum plasenta lepas seluruhnya.

b. Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu :

1. Kustner : Meletakan tangan dengan tekanan pada simfisis, lalu tali pusat diregangkan bila tali pusat memanjang berarti plasebta sudah terlepas.

2. Klien : Sewaktu ada hisdorong sedikit rahim bila tali pusat kembali maka tali pusat belum terlepas dan bila turun maka terlepas

3. Strastman

4. Rahim menonjol di atas simfisis

5. Tali pusat bertambah panjang

6. Keluar darah secara tiba tiba

4. Kala IV ( dua jam setelah melahirkan )

Pada tahap ini, kontraksi otot rahim semakin kuat sehingga pembuluh darah tertekan dan perdarahan dapat berhenti. Selama dua jam pertama dilakukan pemantauan terhadap tekanan darah, pernapasan, denyut nadi, kekuatan kontraksi rahim, serta jumlah perdarahan. Pada kala ini juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Jika setelah dua jam kondisi ibu stabil, maka ia dapat dipindahkan ke ruang perawatan bersama bayinya (Manuaba, 2008).

### 1.6.7 Penatalaksanaan Dalam Persalinan

a. Kala I

Dimulai dari kontraksi teratur hingga pembukaan serviks lengkap

1. Observasi dan pemantauan DJJ (Detak Jantung Janin)
2. Pemantauan tanda vital ibu
3. Pemantauan kemajuan persalinan dengan partograf

4. Pemberian dukungan emisional
5. Pemberian cairan dan nutrisi ringan
6. Tidak melakukan amniotomi
7. Posisi bebas

b. Kala II

Di mulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir

1. Anjurkan ibu mengejan saat kontraksi dan kepala sudah tampak
2. Lindungi perineum secara aktif (metode hands-on)
3. Episiotomy hanya jika ada indikasi
4. Evaluasi DJJ setiap 5 menit
5. Pemberian posisi yang nyaman untuk ibu
6. Membantu persalinan dengan teknik yang benar
7. Tangani bayi segera setelah lahir (penialian APGAR, inisiasi menyususi dini)

c. Kala III

1. Pemberian oksitosin 10 IU secara IM dalam satu menit setelah bayi lahir
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Pemeriksaan utuhnya plasenta dan selaput
4. Pencegahan perdarahan post partum dengan AMTSL (Active Management of Third Stage of Labaor)

d. Kala IV

1. Observasi tanda vital setiap 15 menit dam 1 jam pertama dan 30 menit pada jam ke dua
2. Pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan
3. Pastikan kandunng kemih kosong
4. Inisiasi menyusui dini dan kotak kulit ke kulit
5. Berikan dukungan emosional dan edukasi awal menyusui

### 1.6.8 APN

Asuhan Persalinan pada Kala II, III dan IV tergabung

dalam 60 langkah APN menurut Nurjasmi E. dkk, (2016) :

Asuhan persalinan pada kala II

1. Mengamati tanda dan gejala kala II
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. Memakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
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 menyeka dengan hati-hati dari anterior ke posterior menggunakan kassa atau kapas yang dibasahi air DTT.

8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

9. Dekontaminasi sarung tangan ( celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5 selama 10 menit) cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan

10. Periksa senyut jantung janin (DJJ) kontraksi uterus mereda untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal

11. Memberitahu ibu bahwa pebukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibumenemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

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

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat ntuk meneran

14. Anjurkan ibu berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6

16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.

17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.

19. Setelah nampak kepala dengan diameter 5-6 c membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membenatu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yanga sesua jika itu terjadi) segerala lanjutkan proses kelahiran bayi.

21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara bipariental. Anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut geakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan munculdibawah arkus pubis, kemudian gerakan kearah atas dan distal unutuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah untuk menolong kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepunggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan peganng kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari

telunjuk)

25. Lakukan penilaian selintas

26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tanngan) tenpa membersihkan verniks. Ganti anduk basah dengan handuk yang kering. Pastikan bayi dalam kondisi dan posisi yang aman di perut bagian bawah ibu.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir dan bukan kehamilan ganda

28. Beritahu ibu bahwa akan disuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha

30. Setelah dua menit sejak bayi lahir (cukup bulan), pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut, kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan jari tengah

tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

32. Letakan bayi dengan tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibunya. Usahakan kepala bayi baerada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mamae.

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu(diatas simpisis) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat keaarah bawah sambil tangan yang lain mendorong uteru kearah belakanng-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuuk mencegah invensio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan

peregangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

36. Bila pada penekana bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeserah tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah kranial hingga plasenta dapat dilahir.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina lahirkan placenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar palsenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uetrus letakan tangan difundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (uterus teraba keras)

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal – fetal) pastika plasenta lahir lengkap. Masukan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat yang sudah disediakan.

40. Evaluasi kemungkinan laserasipada vagina dan

perinium. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan.

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yanng bersih dan kering.

43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong.

44. Anjurkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi

45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

46. Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik.

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/ menit)

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi(10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuhdenngan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, darah, lendir di ranan atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

51. Patikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yanng diinginkan.

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan again dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

55. Pakai sarung tangan yang bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

56. Dalam 1 jam pertama, beri salep mata profilaksis infeksi, vitamin k1 1 mg I.M di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahi, pernafasan bayi ( normal 40-60 x/ menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5, derajat celcius) setiap 15 menit.

57. Setelah 1 jam pemberian vit k1 berikan suntik imunisasi hepatitis-Bdi paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibuagar sewaktu-waktu dapat disusukan.

58. Lepaskan sarung tangan dengan keadaan terbalik dan rendam dalam larutan 0,5% selama 10 menit.

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

60. Lengkapi partograf ( halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

## 1.7 Laserasi

### 1.7.1 Definisi

Ruptur perineum adalah robekan pada perineum yang terjadi saat proses persalinan. Kondisi ini hampir selalu dialami pada persalinan pertama, dan juga dapat terjadi pada persalinan berikutnya. Faktor penyebabnya antara lain paritas, jarak antar kelahiran, berat badan bayi, cara memimpin persalinan yang kurang tepat, riwayat persalinan sebelumnya, penggunaan forsep atau vakum, trauma akibat alat, maupun tindakan episiotomi (Prawiroharjo, 2016).

Laserasi perineum merupakan robekan yang timbul saat bayi lahir, baik secara spontan maupun melalui tindakan dengan alat bantu. Robekan ini umumnya terjadi di garis tengah perineum, dan bisa meluas jika kepala janin lahir terlalu cepat (Irianto, 2014).

### 1.7.2 Penyebab Robekan Jalan Lahir

a. Penyebab maternal  Laserasi Partus presiatus yang tidak tertolong

b. Pasien tidak mau berhenti mengejan

c. Partus dislesaikan secara tergesa-gesa dengan

dorongan fundus yang berlebihan.

d. Edema dan kerapuhan perineum vasikositas vulva yang melemahkan jaringan perineum

e. Arcuspubis sempit dengan pintu bawahpanggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi kearah posterior

Faktor-faktor janin Bayi besar

a. Posisi kepala yang abnormal

b. Kelahiran bokong

c. Ekstaksi forceps yang sukar

d. Distosia bahu

### 1.7.3 Tingkat Robekan Perineum

Tingkat robekan perineum dibagi menjadi 4 derajat yaitu

a. Derajat I : Ruptur pada fourchette, kulit perineum, dan membran vagina tetapi tidak mengenai fasia dan otot.

b. Derajat II : Ruptur mengenai selaput lendir vagina dan otot perinea tranvesalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani. Ruptur ini biasamya memanjang pada

satu sisi atau kedua sisi vagina, membentuk cedera segitia yang tidak teratur.

c. Derajat III : Ruptur mengenai seluruh perineum dan sfingter ani

d. Derajat IV : Ruptur sampai mukosa rectum.

### 1.7.4 Penjahitan Laserasi Derajat II

Tujuan penjahitan pada laserasi perineum adalah untuk menyatukan kembali jaringan yang robek sekaligus mencegah perdarahan berlebihan dengan memastikan hemostasis. Setiap tusukan jarum saat menjahit sebenarnya menimbulkan luka baru pada jaringan, sehingga jahitan harus dilakukan sesedikit mungkin namun tetap mampu memberikan perlekatan jaringan yang optimal (Yemima, 2013).

### 1.7.5 Perwatan Luka Laserasi

Perawatan luka perineum bertujuan mencegah terjadinya infeksi sekaligus mempercepat proses penyembuhan. Perawatan ini dilakukan dengan menjaga kebersihan area perineum, mengganti pembalut secara teratur, serta menghindari hal-hal yang dapat menimbulkan infeksi. Langkah yang

dianjurkan antara lain membersihkan perineum dengan sabun lembut, mengganti pembalut setidaknya setiap 2 jam atau setelah buang air, dan tidak menggunakan tampon.

Cara merawat luka perineum

1. Menjaga kebersihan perineum
2. Mengganti pembalut
3. Banyak minum air putih
4. Latihan otot dasar panggul

## 1.8 Nifas

### 1.8.1 Pengertian Nifas

Masa nifas, yang juga dikenal sebagai masa postpartum atau puerperium, dimulai sejak bayi lahir dan plasenta keluar dari rahim hingga enam minggu setelahnya. Pada periode ini, organ-organ reproduksi yang mengalami perubahan selama kehamilan dan persalinan akan kembali pulih, termasuk perlukaan yang terjadi saat melahirkan (Widyasih, Suherni & Rahmawati, 2012).

Menurut Anggraini (2010), masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari, dan berakhir ketika organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil. Namun, pemulihan secara menyeluruh dapat berlangsung hingga 3 bulan.

### 1.8.2 Fisiologi Nifas

Menurut Nurjanah, dkk (2013) Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu

a. Puerperium dini adalah masa pemulihan awal, di mana ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan dalam 0–24 jam setelah persalinan. Dalam ajaran Islam, masa nifas dianggap bersih setelah 40 hari sehingga ibu boleh kembali bekerja.

b. Puerperium intermedial, merupakan periode pemulihan organ reproduksi secara menyeluruh, yang berlangsung sekitar 6–8 minggu setelah melahirkan.

c. Remote puerperium adalah masa pemulihan sempurna yang berlangsung secara bertahap. Pada ibu dengan komplikasi selama kehamilan

atau persalinan, waktu yang dibutuhkan untuk benar-benar pulih bisa memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan hingga bertahun-tahun.

### 1.8.3 Perubahan-perubahan Yang Terjadi Waktu Nifas

a. Sistem kardiovaskular

Setelah persalinan, denyut jantung, volume, dan curah jantung meningkat akibat berhentinya aliran darah menuju plasenta sehingga beban jantung bertambah. Kondisi ini dikompensasi melalui hemokonsentrasi hingga akhirnya volume darah stabil kembali dan pembuluh darah kembali ke ukuran normal.

b. Sistem reproduksi

1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus langsung berkontraksi. Tinggi fundus uteri (TFU) berada sekitar dua jari di bawah pusat, baik pada persalinan normal maupun sesar. Secara bertahap

ukuran uterus akan kembali seperti sebelum hamil, proses ini disebut involusi.

a) Uterus secara berangsur angsur mrnjadi kecil sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

b) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.

c) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari dibawah pusat.

d) Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba diatas simfisis.

e) Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis.

f) Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil.

( foto uterus )

2. Lochea

Lochea adalah cairan sekret dan jaringan desidua yang keluar dari kavum uteri serta vagina selama

masa nifas. Cairan ini bersifat basa/alkalis sehingga dapat mempercepat pertumbuhan mikroorganisme. Lochea memiliki bau khas, tidak seamis darah menstruasi, namun baunya dapat menjadi lebih kuat bila bercampur dengan keringat. Secara normal, lochea tidak berbau busuk. Pengeluaran lochea biasanya berlangsung sekitar 2 minggu, dapat menetap hingga 4 minggu, bahkan ada yang berlanjut sampai 56 hari. Rata-rata jumlah lochea yang dikeluarkan adalah 240–270 ml.

3. Serviks

   Setelah plasenta lahir, serviks menjadi tipis, lemas, dan kendur. Laserasi sering terjadi di bagian luar serviks, khususnya pada sisi lateral. Dalam beberapa hari, mulut serviks mulai mengecil namun masih dapat dimasuki jari. Pada akhir minggu pertama postpartum, panjang serviks tinggal sekitar satu ruas jari. Setelah itu, serviks berangsur-angsur kembali ke bentuk semula sebelum hamil, termasuk terbentuknya kembali kanalis servikalis.

4. Vagina

Selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami tekanan serta peregangan yang cukup besar. Dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan, keduanya masih terasa kendur. Sekitar tiga minggu kemudian, vulva dan vagina kembali menyerupai keadaan sebelum hamil. Rugae pada vagina mulai muncul kembali secara bertahap, sementara labia tampak lebih menonjol (Walyani, 2015).

5. Mamae

Selama kehamilan, pengaruh hormon estrogen dan progesteron pada kelenjar mamae menyebabkan proliferasi jaringan, pembentukan sel-sel asinus, serta penimbunan lemak pada alveoli. Duktus laktiferus mulai mengeluarkan kolostrum dan terjadi peningkatan vaskularisasi pada kelenjar payudara. Setelah plasenta lahir, kadar estrogen dan progesteron menurun, sehingga kadar prolaktin meningkat dan produksi ASI pun dimulai.

Terdapat 2 reflek pengeluaran ASi yaitu reflek prolactin dan reflek letdawn / oksitosin :

- Refleks Prolaktin

  Hisapan bayi pada papila dan areola mamae merangsang nervus pagus lalu mempengaruhi hypothalamus mengeluarkan prolaktin realising hormon masuk kedalam darah dan merangsang kelenjar hipofise anterior menghasilkan prolaktin yang akan membentuk asi oleh sel-sel achini.

- Refleks Let Down

  Rangsangan hisapan bayi merangsang pengeluaran hormon oksitosin oleh lobulus posterior hipofese dan merangsang sel-sel miotap dalam alveoli mamae berkontraksi sehingga mengeluarkan ASI.

c. Perubahan sistem pencernaan

Setelah melahirkan, ibu biasanya merasa lapar karena metabolisme meningkat selama persalinan. Oleh karena itu, dianjurkan untuk menambah asupan makanan guna mengganti energi, kalori, cairan, dan darah yang hilang. Nafsu makan dapat berubah, dan biasanya butuh waktu 3–4 hari hingga fungsi usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron

menurun setelah melahirkan, nafsu makan cenderung berkurang dalam 1–2 hari pertama. Selain itu, tonus dan motilitas otot saluran pencernaan juga menurun sementara dalam beberapa jam setelah persalinan, kemudian kembali normal seperti sebelum hamil.

d. Perubahan sistem perkemihan

Pasca persalinan, kapasitas kandung kemih meningkat dan dapat terjadi pembengkakan atau trauma pada jaringan sekitar uretra akibat proses persalinan. Dinding kandung kemih sering menunjukkan edema dan hiperemia, bahkan kadang timbul edema pada trigonum yang menghambat aliran urine sehingga menyebabkan retensi. Pada masa nifas, kandung kemih kurang sensitif sehingga meski sudah buang air kecil, masih ada urine sisa (sekitar +15 cc). Sisa urine serta trauma kandung kemih dapat meningkatkan risiko infeksi. Dilatasi ureter dan pelvis ginjal biasanya kembali normal dalam 2 minggu. Produksi urine berlebih (poliuri) sering terjadi pada hari ke-2 hingga ke-5 akibat pengeluaran cairan yang tertahan selama kehamilan. Kadang muncul hematuria sebagai dampak proses involusi.

e. Perubahan tanda-tanda vital

1. Suhu badan

   Dalam 24 jam pertama postpartum, suhu dapat meningkat sedikit (37,5–38°C) akibat kerja keras persalinan, dehidrasi, kelelahan, atau kongesti vaskuler dan limfatik. Normalnya, suhu kembali stabil. Pada hari ketiga, suhu bisa naik lagi karena produksi ASI yang membuat payudara bengkak, kemerahan, dan terasa penuh. Jika suhu tetap tinggi, kemungkinan ada infeksi seperti endometritis, mastitis, atau infeksi pada traktus genital maupun sistem lain.

2. Nadi

   Normalnya denyut nadi orang dewasa 60–80 x/menit (atau 50–70 x/menit). Setelah melahirkan, nadi biasanya meningkat. Bila melebihi 100 x/menit, harus diwaspadai kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

3. Tekanan darah

   Umumnya tidak banyak berubah, tetapi bisa menurun akibat perdarahan. Jika tekanan darah

justru meningkat setelah persalinan, hal ini dapat menandakan preeklampsia postpartum.

4. Pernapasan

Kecepatan napas berkaitan dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Jika keduanya meningkat, biasanya pernapasan juga lebih cepat, kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernapasan. Pernapasan yang cepat pada masa nifas bisa menjadi tanda adanya syok.

### 1.8.4 Tanda Bahaya Nifas

Tanda-tanda bahaya nifa yaitu :

a. Demam tinggi melebihi 38 °C

b. Perdarahan vagina luar biasa secara tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa sehingga memerlukan penggantian pembalut 2x dalam setengah jam)

c. Darah berbentuk seperti gumpalan yang besar-besar dan berbau busuk.

d. Nyeri perut yang hebat atau rasa sakit bagian bawah abdomen.

e. Sakit kepala parah secara terus-menerus dan

pandangan kabur.

f. Pembengkakan wajah, tangan atau jari-jari.

g. Rasa sakit, merah atau bengkak dibagian betis atau kaki

h. Payudara membengkak, kemerahan, lunak, disertai demam.

i. Putinng payudara berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui.

j. Tubuh lemas dan terasa seperti mau ingsan. Merasa sangat letih, atau nafas jadi terengah-engah.

k. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.

l. Tidak bisa bang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil.

m. Merasa sangat sedih dan tidak mampu merawat bayinya.

n. Depresi masa nifas

### 1.8.5 Penatalaksanaan Nifas

Pelaksanaan menurut Marmi (2012), masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas , dengan tujuan

untuk:

a. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi

b. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan pada bayinya

c. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masalah yang timbul yang mengganggu kesehatan ibu maupun bayinya.

d. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.

Berikut ini merupakan atyran waktu dan bentuk asuhan yang wajib diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

a. Kunjungan I

1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.

3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdaraan yang di sebabkan oleh atonia uteri.

4. Pemberian ASI awal

5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi

7. Setelah bidan menolong persallinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayinya untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau setelah keadaan ibu dan bayi barulahir baik.

b. Kunjungan II

Memastikan Involusi uterus berjalan dengan baik dan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus yteri (TFU) di bawah umbilikus dan tidak ada perdarahan abnormal.

c. Kunjungan III

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6

hari post pasrtum.

d. Kunjungan IV

1. menanyakan penyuli-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

2. Memberikan konseling keluarga berencana (KB) secara dini

## 1.9 Bayi Baru Lahir

### 1.9.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan 37–41 minggu dengan posisi belakang kepala atau sungsang yang lahir spontan melalui vagina tanpa bantuan alat (Tando, 2016). Menurut Rukiyah dan Lia (2012), bayi baru lahir normal adalah bayi dengan usia kehamilan 37–42 minggu, lahir melalui persalinan pervaginam tanpa alat, memiliki berat badan 2.500–4.000 gram, nilai Apgar lebih dari 7, serta tidak mengalami kelainan bawaan. Sementara itu, Rukiyah dan Yulianti (2010) menyebutkan bahwa bayi baru lahir normal ditandai dengan tangisan kuat, gerakan aktif, dan kulit berwarna kemerahan.

### 1.9.2 Perubahan Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir

a. Perubahan pada sistem pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, toraks mendapat tekanan yang cukup besar. Setelah bayi lahir, tekanan ini menghilang mendadak sehingga cairan dalam paru terdorong ke perifer lalu diserap. Rangsangan kimia, suhu, dan mekanis memicu bayi untuk bernapas pertama kali. Umumnya napas pertama terjadi dalam 30 detik setelah lahir, dipengaruhi oleh aktivitas sistem saraf pusat dan perifer, dengan frekuensi 30–60 kali per menit.

b. Perubahan sistem kardiovaskuler

Ketika paru mengembang, kadar oksigen di alveoli meningkat sementara kadar karbon dioksida menurun. Perubahan ini menurunkan resistensi pembuluh arteri pulmonalis, meningkatkan aliran darah ke paru, dan menyebabkan penutupan duktus arteriosus.

c. Perubahan metabolik

Begitu lahir, bayi berisiko kehilangan panas tubuh bila berada di ruangan bersuhu sekitar 25oC melalui

proses evaporasi, konveksi, konduksi, maupun radiasi. Kondisi lingkungan yang kurang tepat dapat menyebabkan hipotermia atau cedera akibat dingin (cold injury).

d. Perubahan sistem neurologis

Saat lahir, sistem saraf bayi masih belum matang. Refleks bawaan menjadi tanda penting kesehatan saraf dan otot. Bayi baru lahir sering menunjukkan gerakan yang tidak terkoordinasi, pengendalian suhu yang belum stabil, otot yang lemah, mudah terkejut, serta tremor pada ekstremitas.

e. Perubahan mekanisme glukosa

Otak membutuhkan pasokan glukosa yang stabil untuk berfungsi optimal. Setelah tali pusat dipotong, bayi harus mengatur kadar glukosa darahnya sendiri. Kadar gula pada tali pusat sekitar 65 mg/100 mL akan turun menjadi ±50 mg/100 mL dalam 2 jam pertama. Energi tambahan di awal kehidupan diperoleh dari metabolisme asam lemak, hingga kadar glukosa meningkat kembali mencapai ±120 mg/100 mL.

f. Perubahan ginjal

Pada neonatus, aliran darah ke ginjal dan laju filtrasi glomerulus masih rendah, sehingga mudah terjadi retensi cairan maupun intoksikasi air. Fungsi tubulus yang belum matang dapat menyebabkan kehilangan natrium dan gangguan keseimbangan elektrolit. Umumnya bayi berkemih dalam 24 jam pertama, sebanyak 2–6 kali sehari pada 1–2 hari awal, lalu meningkat menjadi 5–20 kali per hari.

g. Perubahan hati

Pada periode neonatal, hati menghasilkan faktor pembekuan darah dan mengatur kadar bilirubin tidak terkonjugasi yang berasal dari pemecahan sel darah merah.

h. Perubahan imun

Imunitas bayi baru lahir masih lemah sehingga rentan terhadap infeksi. Pertahanan alami tubuh berperan penting mencegah masuknya kuman. Pemberian ASI, terutama kolostrum, memberikan kekebalan pasif melalui komponen seperti laktobasilus bifidus, laktoferin, lisozim, dan IgA sekretori.

i. Perubahan berat badan bayi

Rata-rata, bayi kehilangan 6–7% berat lahir pada hari ke-2, meningkat menjadi 7–8% pada hari ke-3, dan kadang mencapai lebih dari 10% pada bayi yang diberi ASI eksklusif. Penurunan ini biasanya mencapai titik terendah pada hari ke-2 hingga ke-4. Berat badan lahir umumnya kembali dalam 10–14 hari setelah kelahiran.

### 1.9.3 Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan 2.50-4.000 gram
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
6. Pernafasan ± 40-60 x/menit
7. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panang dan lemas

10. Genealia pada perempuan : labia mayora sudah menutup labia minora. Pada laki-laki : testis sudah turun, skrotum sudah ada.

11. Bayi lahir langsung menangis kuat

12. Reflek sucking sudah terbentuk dengan baik

13. Refleks morro sudah terbentuk dengan baik

14. Refleks grasping  sudah baik

15. Refleks rooting  (mencari putinng susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik

16. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan

17. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya :

    a. Refleks Glabella : ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan

pertama.

b. Reflek hisap : benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.

c. Refleks mencari (rooting) : misalnya menguusap pipi bayi dengan lembut bayi menolehkan kepalanya kearah jari kita dan membuka mulutnya.

d. Refleks genggam : letakan jari telunjuk pada palmar, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

e. Refleks babynski : gores sisi leteral telapak kaki kearah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f. Refleks morro : timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba tiba digerakan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g. Refleks Ekstrusi : bayi menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

h. Refleks tonik leher : ekstremitas pada satu sisi

dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat

### 1.9.4 Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Tidak Normal

a. Hipotermia

Hipotermia merupakan kondisi ketika suhu tubuh berada di bawah 35°C. Pada bayi, hipotermia ditandai dengan suhu tubuh lebih rendah dari normal. Suhu normal neonatus berkisar 36–37,5°C (diukur di ketiak), sedangkan rentang suhu normal bayi adalah 36,5–37,5°C (Maryanti, 2011).

b. BBLR

Bayi Berat Lahir Rendah adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Istilah ini sering disamakan dengan prematuritas, meskipun sebenarnya tidak hanya dialami bayi prematur, tetapi juga bisa terjadi pada bayi cukup bulan dengan berat lahir di bawah 2.500 gram (Profil Kesehatan Indonesia, 2014; Manuaba, 2010).

Klasifikasi BBLR yaitu :

- BBLR : Berat Badan Bayi Rendah (<2500 gr)
- BBLSR : Berat Badan Bayi Sangat Rendah ( < 1500 gr )
- BBLER : Berat Badan Bayi Ekstrem Rendah ( <1000 gr)

c. Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia adalah kondisi ikterus dengan kadar bilirubin serum yang meningkat hingga berisiko menimbulkan kern ikterus atau ensefalopati bilirubin apabila tidak terkontrol. Ikterus sendiri ditandai dengan perubahan warna kuning pada kulit dan sklera akibat tingginya kadar bilirubin dalam darah. Pada bayi aterm, ikterus biasanya mulai terlihat ketika kadar bilirubin serum mencapai 85–120 μmol/L (Myles, 2009).

d. Asfiksia pada bayi baru lahir

Asfiksia pada neonatus dapat terjadi akibat kurangnya surfaktan (rasio lesitin terhadap sfingomielin < 2), pertumbuhan dan perkembangan paru yang belum optimal, kelemahan otot pernapasan, serta tulang iga

yang masih lentur atau thorax yang mudah melengkung (Momeni, 2017).

### 1.9.5 Apgar Score

Skor Apgar merupakan metode standar untuk menilai kondisi neonatus segera setelah lahir serta responnya terhadap tindakan resusitasi, dan masih dianggap sebagai tolok ukur utama dalam evaluasi bayi baru lahir. Penilaian dilakukan pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran, kemudian hasilnya dicatat dalam rekam medis. Bila skor Apgar kurang dari 7, maka pencatatan lanjutan direkomendasikan oleh *American College of Obstetrics and Gynecology* serta *American Academy of Pediatrics* sebagai cara untuk memantau efektivitas resusitasi.

### 1.9.6 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama selama kelahiran menurut Rukiyah (2013) Asuhan yang diberikan antara lain:

a. Pastikan bayi tetap hangat dengan memastikan bayi

tetap hangat dan erjadi kontak antara kulit bayi dan kulit ibu, gantilah kain yang basah atau handuk yang basah dan bungkus dengan selimut yang kering danbersih. Selain itu, dengan memeriks telapak kaki bayi setiap 15 menit, apabila terasa dingin segera periksa suhu axila bayi.

b. Perawatan mata 1 jam pertama setelah lahir dengan obat mata eritromicin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah infeksi mata karena clamidia.

c. Memberikan suntikan vitamin K Memberikan suntikan vitamin K untuk mencegah perdarahan karena desifiensi vitamin K pada bayi baru lahir. Bayi perlu diberikan vitamin K parental dosis dengan dosis 0,5-1 mg IM.

d. Memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat dan mengawasi tanda-tanda bahaya. (Rukiyah 2013)

e. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip:

    1. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang

    2. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan, tarikan dinding pada bawah,

denyut jantung serta perut.

f. Catat seluruh hasil pemeriksaan, bila terdapat kelainan lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS.

g. Memberikan ibu nasihat merawat tali pusat dengan benar

h. Pemulangan bayi

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan.

i. Kunjungan ulang melakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, periksa suhu dan kebiasaan makan bayi.

Terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir:

1) Pada usia 6- 48 jam (kunjungan neonatal 1).

2) pada usia 3-7 hari ( kunjungan neonatal 2)

3) pada usia 8-28 hari ( kunjungan neonatal 3)

j. Periksa tanda bahaya dintaranya :

1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua,

2) Kejang

3) Bergerak jika hanya dirangsang

4) Napas cepat (≥ 60 kali/ menit)

5) Napas lambat (< 30 kali/ menit)

6) Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat

7) Merintih dan teraba demam (> 370 c)

8) Teraba dingin (>360 c)

9) Nanah yang banyak di mata

10) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut

11) Diare

12) Tampak kuning pada telapak tangan atau kaki

13) Perdarahan

k. Tanda-tanda infksi kulit suerfisial seperti nanah keluar dari umbilikus, kemerahan disekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula dikulit, pembengkakan, kemerahan, dan pengerasan kulit

l. Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif, tingkatkan kebersihan, rawat kulit, mata serta tali pusat dengan baik.rujuk bayi utnuk mendapatkan imunisasi pada waktunya dan jelaskan pada orang tua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

## 1.10 Keluarga Berencana

### 1.10.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan upaya pasangan suami-istri untuk menentukan jumlah anak serta mengatur jarak kelahiran sesuai dengan keinginan. Untuk mencapai tujuan tersebut, digunakan berbagai metode, seperti kontrasepsi yang berfungsi mencegah atau menunda kehamilan, serta perencanaan keluarga. Prinsip utama kontrasepsi adalah mencegah pertemuan antara sperma dan sel telur (fertilisasi) atau menghambat sel telur yang telah dibuahi agar tidak menempel (implantasi) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015).

### 1.10.2 Macam-Macam Keluarga Berencana

A. AKDR

AKDR LNG merupakan alat kontrasepsi berbahan plastik berbentuk huruf T yang melepaskan hormon progestin (levonorgestrel) dalam jumlah kecil setiap hari. Jenis AKDR ini tidak termasuk program pemerintah (non-program), namun banyak dipilih sebagai metode KB mandiri. Kontrasepsi ini efektif digunakan dalam jangka panjang, yaitu hingga 5 tahun, dan bersifat reversibel sehingga kesuburan dapat kembali setelah dilepas. Alat ini dapat digunakan oleh perempuan usia reproduktif, dengan cara kerja menghambat sperma agar tidak dapat membuahi sel telur.

Keuntungan pemakaian kontrasepsi jenis ini antara lain adalah dapat

1) Mencegah khamilan dengan sangat efektif, yaitu kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR- LNG selama tahun pertama

2) Berjangka Panjang, studi menunjukkan bahwaAKDR Mirena efektif hingga 7tahun, namun ijin edar berlaku untuk 5 tahunpenggunaan.

3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

4) Tidak mempengaruhi kualitasdan volume ASI

5) Kesuburan segera kembali setelahAKDR dilepas

6) Mengurangi nyeri haid

7) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi

8) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsional dan adenomiosis.

Adapun kerugian kontrasepsi jenis ini antara lain adalah pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yangterlatih secara khusus memasangnya pada uterus dan harga yang relatif mahal.

B. Implan

progestin adalah hormon buatan yang menyerupai progesteron alami dalam tubuh wanita. Salah satu bentuk kontrasepsi progestin adalah implan, berupa batang plastik kecil, lentur, seukuran batang korek api, yang dimasukkan di bawah kulit. Implan terdiri dari dua jenis, yaitu: Implan dua batang, masing-masing

batang mengandung 75 mg levonorgestrel. Umumnya efektif hingga 4 tahun, meskipun penelitian terbaru menunjukkan efektivitasnya dapat bertahan sampai 5 tahun. Implan satu batang, berisi 68 mg etonogestrel, dengan efektivitas hingga 3 tahun.

Cara kerja implan adalah dengan menekan ovulasi (mencegah pelepasan sel telur dari ovarium) serta mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pertemuan sperma dengan sel telur.

Keuntungan penggunaan implan diantaranya

1. Klien tidak perlu melakukan apapun setelah implan terpasang
2. Mencegah kehamilan dengan sangat efektif yaitu kurang dari 1 kehamilan per100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
3. merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
4. Tidak mengganggu hubungan seksual 4) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

5. Kesuburan dapat kembali dengan segera setelahimplan dilepas.

6. Mengurangi nyeri haid

7. Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi.

Kekurangan penggunaan implan diantaranya :

1. Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)

2. Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas. Klien tidak dapat memulaiatau menghentikan pemakaian implan secara mandiri.

C. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) merupakan metode KB yang mengandung dua jenis hormon, yaitu progestin dan estrogen, yang menyerupai hormon alami progesteron dan estrogen pada tubuh wanita. Mekanisme kerjanya meliputi: menekan ovulasi sehingga mencegah pelepasan sel telur dari ovarium,

mengentalkan lendir serviks agar sperma sulit menembus, menyebabkan perubahan atrofi pada endometrium sehingga implantasi tidak terjadi, serta menghambat pergerakan gamet melalui tuba falopi. Jenis KSK yang disediakan oleh pemerintah mengandung dua hormon, yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) dan Estradiol Cypionate :

1. Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml danestradiolcypionate 10 mg/ml.
2. Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5mg/ml.
3. Suntikan 3 bulan sekali mengandungmedroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

Keuntungan dari metode ini antara lain,

1. Tidak perlu pemakaian setiap hari
2. Dapat dihentikan kapan saja
3. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

4. Baik untukmenjarangkan kehamilan.

Keterbatasan dalam kontrasepsi dengan metode KSK diantaranya

1. Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
2. Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu: Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.
3. Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentianpemakaian.

D. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Adalah metode suntik yang hanya mengandung hormon progestin, yaitu hormon buatan yang menyerupai progesteron alami dalam tubuh wanita. Mekanisme kerjanya meliputi: menekan ovulasi agar sel telur tidak dilepaskan dari ovarium, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma, serta menipiskan lapisan endometrium sehingga tidak mendukung terjadinya implantasi.

Keuntungan kontrasepsi jenis ini diantaranya :

1. Suntikan setiap 2-3 bulan.
2. Tidak perlu penggunaan setiap hari
3. Tidak mengganggu hubungan seksual
4. Dapat digunakan olehperempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
5. Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
6. Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
7. Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi 45
8. Mengurangi: Krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, Gejalaendometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur).

Kekurangan dari kontrasepsi jenis ini diantaranya :

1. Klien sangat bergantung padatempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang.

2. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.

3. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan.

4. Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.

E. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

Merupakan pil yang mengandung 2 macam hormon berdosis rendah – yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh.

F. Kontrasepsi Mantap Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur pembedahan sukarela yang bertujuan menghentikan kesuburan wanita secara permanen bagi mereka yang tidak ingin hamil lagi. Proses ini dilakukan dengan menutup saluran tuba falopi, baik melalui pengikatan, pemotongan, maupun pemasangan cincin, sehingga pertemuan antara sperma dan sel telur tidak mungkin terjadi.

Kelebihan tubektomi antara lain tingkat efektivitas yang tinggi, tidak memengaruhi produksi ASI, tidak bergantung pada aktivitas seksual, tidak menimbulkan

efek samping jangka panjang, serta memberi kepastian perlindungan dari kehamilan tanpa perlu mengingat penggunaan kontrasepsi kembali. Selain itu, fungsi seksual tetap normal.

Namun, kekurangannya adalah kesuburan tidak dapat dikembalikan kecuali melalui operasi rekanalisasi, adanya rasa nyeri setelah prosedur, serta tindakan ini hanya bisa dilakukan oleh tenaga medis terlatih (laparoskopi dilakukan oleh dokter spesialis kandungan).

Wanita yang dapat menjalani tubektomi di antaranya adalah mereka yang sudah memiliki lebih dari dua anak, atau dengan anak ≤2, usia anak bungsu minimal di atas 2 tahun, memiliki risiko kesehatan serius bila hamil kembali, serta mereka yang memahami dan menyetujui prosedur ini, baik setelah melahirkan maupun pasca keguguran.

G. Kontrasepsi Mantap Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan menutup aliran sperma dengan cara mengikat dan memotong saluran vas deferens tanpa pembedahan pisau, sehingga sperma tidak bercampur dengan cairan semen. Cairan semen

tetap dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan.

Keunggulannya yaitu aman, nyaman, efektif, bersifat permanen, serta menunjukkan partisipasi pria dalam tanggung jawab kontrasepsi tanpa mengganggu fungsi seksual.

Keterbatasannya, vasektomi tidak langsung efektif karena masih terdapat sperma dalam saluran, sehingga WHO menyarankan penggunaan kontrasepsi tambahan selama ±3 bulan atau hingga 20 kali ejakulasi pasca tindakan. Efek samping yang mungkin muncul meliputi infeksi ringan, perdarahan, atau rasa nyeri setelah prosedur. Teknik tanpa pisau lebih disukai karena mengurangi risiko perdarahan dan nyeri dibanding metode insisi. Prosedur ini harus dilakukan oleh dokter terlatih, baik dokter umum, spesialis bedah, maupun urologi.

Dengan konseling dan persetujuan yang tepat, vasektomi aman dilakukan oleh semua pria, baik yang sudah memiliki lebih dari dua anak, dua anak atau kurang, dengan anak bungsu berusia lebih dari dua tahun, maupun yang memiliki pasangan dalam usia subur.

H. Metode Amenore Laktasi

Metode Amenore Laktasi merupakan salah satu cara kontrasepsi sementara yang bergantung pada pemberian ASI eksklusif. Artinya, bayi hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan maupun minuman lain, sehingga hormon menyusui membantu menunda kesuburan sementara waktu. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

1. Ibu belummenstruasi bulanan.
2. Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang danmalam.
3. Bayiberusia kurang dari 6 bulan. Cara kerja dari metode ini adalah dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami yang dapat menyebabkan ovulasi.

I. Senggama Terputus

Senggama terputus atau *coitus interruptus* merupakan metode kontrasepsi tradisional di mana pria menarik penis keluar dari vagina sebelum ejakulasi. Dengan cara ini, sperma tidak masuk ke

dalam vagina sehingga mencegah pertemuan antara sel sperma dan sel telur, yang pada akhirnya dapat menghindarkan terjadinya kehamilan.

Kelebihan metode ini yaitu cukup efektif jika dilakukan dengan benar, dapat digunakan kapan saja, tidak membutuhkan biaya, tidak menimbulkan efek samping, bisa menjadi metode tambahan dalam program KB, serta meningkatkan keterlibatan pria dalam usaha kontrasepsi.

Namun, kelemahannya adalah efektivitas metode ini sangat bergantung pada kedisiplinan pasangan dalam melaksanakannya, serta dapat mengurangi kepuasan dalam hubungan seksual.