

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kehamilan**

##### **2.1.1 Definisi Kehamilan**

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Awal kehamilan terjadi pada saat sel telur perempuan lepas dan masuk ke saluran sel telur (Astuti, 2010).

Masa kehamilan adalah masa 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 menjadi 3 trimester yaitu pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan ke-4 sampai ke-6, trimester ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2006).

##### **2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan pada Trimester 3**

###### **1. Sistem reproduksi**

###### **a. Vagina dan vulva**

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya kekebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya dinding vagina.

b. Serviks

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar. Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

c. Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan sering berkembangnya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kearah kanan, dekstro rotasi ini disebabkan oleh adanya retrosigmoid di daerah kiri pelvis.

d. Ovarium

Pada trimester III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

2. Sistem payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

3. Sistem perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine.

#### 4. Sistem pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral.

#### 5. Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvis pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

#### 6. Sistem integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Pada multipara selain *striae* kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau

yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit di garis pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

#### 7. Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

#### 8. Sistem pernafasan

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

#### 2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Trimester 3

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya

4. Khawatir bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
6. Perasaan mudah terluka atau sensitif
7. Libido menurun (Romauli, 2011).

#### 2.1.4 Ketidaknyamanan pada Trimester 3

##### 2.1.4.1 *Nocturia* (Sering Kencing)

###### 2.1.4.1.1 Definisi *Nocturia*

*Nocturia* adalah berkemih di malam hari dapat merupakan gejala penyakit ginjal/dapat terjadi pada orang yang minum dalam jumlah banyak sebelum tidur, *Nocturia* merupakan berkemih berlebihan pada malam hari (Potter, 2006).

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

###### 2.1.4.1.2 Etiologi *Nocturia* pada Kehamilan

Tekanan uterus pada kandung kemih menyebabkan sering buang air kencing pada malam hari akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air. Air dan sodium tertahan di dalam tungkai bawah selama siang hari karena statis pada vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah urine (Sulistyawati, 2009).

###### 2.1.4.1.3 Patofisiologi *Nocturia*

*Nocturia* disebabkan karena meningkatnya sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hani, 2010).

#### 2.1.4.1.4 Tanda Bahaya dari *Nocturia*

Wanita hamil dengan *Nocturia* dapat beresiko untuk terkena infeksi saluran kemih dan ginjal karena ginjal dan saluran urine mengalami Dysuria, Oliguria, Asymptomatik bakteriuri yang biasanya terjadi pada kehamilan (Sulistyawati, 2011).

#### 2.1.4.1.5 Cara Mengatasi *Nocturia*

1. KIE tentang penyebab sering kencing
2. Kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan
3. Perbanyak minum di siang hari

4. Jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan
5. Hindari minum kopi dan teh sebagai diuresis
6. Jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan
7. Tidak memerlukan pengobatan farmakologis
8. Tingkatkan kebersihan genetalia (Hani, 2010).

#### 2.1.4.1.6 Pencegahan Infeksi Saluran Kencing pada *Nocturia*

1. Perbanyak minum air putih higienis (waspadai air galon dan isi ulang)
2. Berceboklah dengan cara dari depan ke belakang untuk mencegah bakteri dari anus masuk ke vagina
3. Jangan menahan kencing bila ingin buang air kecil
4. Mandi dengan gayung/shower, tidak dengan *bath tub* (Hani, 2010).

#### 2.1.4.1.7 Perubahan Sistem Urinaria pada Kehamilan Trimester III

Ginjal berfungsi mempertahankan keseimbangan elektrolit dan asam basa, mengekskresikan produk sampah dan menyimpan nutrien yang sangat penting (Marmi, 2011).

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal, aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat

pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasakan ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring atau miring. Pada akhir kehamilan peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2009).

#### 2.1.4.2 Keputihan

##### 2.1.4.2.1 Definisi Keputihan

Keputihan (*flour albus*) adalah cairan yang berlebihan yang keluar dari vagina. Keputihan bisa bersifat *fisiologis* (dalam keadaan normal) namun bisa juga bersifat *patologis* (karena penyakit). Dan keputihan tidak mengenal batasan usia. Berapa pun usia seorang wanita, bisa terkena keputihan (Sugi Suhandi, 2009).

Secara definisi keputihan adalah cairan tubuh (bukan darah) yang keluar dari organ reproduksi wanita. Keadaan ini dapat bersifat fisiologis atau patologis. Keputihan yang fisiologis dapat timbul saat terjadi perubahan siklus hormonal, seperti sebelum pubertas, stress psikologis, sebelum dan setelah datang bulan, kehamilan, saat menggunakan kontrasepsi hormonal, atau saat menopause (Endang, 2008).

##### 2.1.4.2.2 Etiologi Keputihan

###### 1. Penyebab Non Patologis

- a) Saat menjelang menstruasi atau setelah menstruasi
- b) Rangsangan Seksual, saat wanita hamil
- c) Stress, baik fisik maupun psikologis

## 2. Penyebab Patologis

Keputihan bisa karena banyak hal. Benda asing, luka pada vagina, kotoran dari lingkungan, air tak bersih, pemakaian tampon atau panty liner berkesinambungan. Semua ini potensial membawa jamur, bakteri, virus, dan parasit:

### a) Jamur *Candida*

Warnanya putih susu, kental, berbau agak keras, disertai rasa gatal pada vagina. Akibatnya, mulut vagina menjadi kemerahan dan meradang. Biasanya kehamilan, penyakit kencing manis, pemakaian pil KB, dan rendahnya daya tahan tubuh menjadi pemicu. Bayi yang baru lahir juga bisa tertular keputihan akibat *Candida* karena saat persalinan tanpa sengaja menelan cairan ibunya yang menderita penyakit tersebut.

### b) Parasit *Trichomonas Vaginalis*

Ditularkan lewat hubungan seks, perlengkapan mandi, atau bibir kloset. Cairan keputihan sangat kental, berbuih, berwarna kuning atau kehijauan dengan bau anyir. Keputihan karena parasit tidak menyebabkan gatal, tapi liang vagina nyeri bila ditekan.

### c) Kuman (bakteri)

Bakteri *Gardnella*-Infeksi ini menyebabkan rasa gatal dan mengganggu. Warna cairan keabuan, berair, berbuih, dan berbau amis. Juga menyebabkan peradangan vagina tak spesifik. Biasanya mengisi penuh sel-sel epitel vagina berbentuk khas *clue cell*. Menghasilkan asam amino yang akan diubah Menjadi senyawa amin bau amis,berwarna keabu-abuan.

Beberapa jenis bakteri lain juga memicu munculnya penyakit kelamin. *Gonococcus*, atau lebih dikenal dengan nama GO. Warnanya kekuningan, yang sebetulnya merupakan nanah yang terdiri dari sel darah putih yang mengandung kuman *Neisseria gonorrhoea*. Kuman ini mudah mati setelah terkena sabun, alkohol, deterjen, dan sinar matahari. Cara penularannya melalui senggama.

- d) Keputihan akibat infeksi virus juga sering ditimbulkan penyakit kelamin, seperti *condyloma*, *herpes*, HIV/AIDS. *Condyloma* ditandai tumbuhnya kutil-kutil yang sangat banyak disertai cairan berbau. Ini sering pula menjangkiti wanita hamil. Sedang virus herpes ditularkan lewat hubungan badan. Bentuknya seperti luka melepuh, terdapat di sekeliling liang vagina, mengeluarkan cairan gatal, dan terasa panas. Gejala keputihan akibat virus juga bisa menjadi faktor pemicu kanker rahim.
- e) *Chlamydia trachomatis*, kuman ini sering menyebabkan penyakit mata trakhoma. Ditemukan di cairan vagina dengan pewarnaan *Diemsa*.

f) *Treponema pallidum*, adalah penyebab penyakit kelamin sifilis. Penyakit ini dapat terlihat sebagai kutil-kutil kecil di liang senggama dan bibir kemaluan.

Hal lain yang juga dapat menyebabkan keputihan antara lain: pemakaian tampon vagina, celana dalam terlalu ketat, alat kontrasepsi, rambut yang tak sengaja masuk ke vagina, pemakaian antibiotika yang terlalu lama dan lain-lain. Kanker leher rahim juga dapat menyebabkan keputihan (Nugroho, 2011).

#### 2.1.4.2.3 Patofisiologi Keputihan

Sekret pada vagina yang berwarna bening sampai keputihan, tidak berbau dan tidak menimbulkan keluhan. Hal ini disebabkan peningkatan kadar hormon estrogen yang menyebabkan kadar glikogen di vagina meningkat, yang merupakan sumber karbon yang baik untuk pertumbuhan kolonisasi jamur *Candida* (Endang, 2008).

#### 2.1.4.2.4 Tanda dan Gejala Keputihan

Ciri-ciri dari cairan lendir yang normal adalah berwarna putih encer, bila menempel pada celana dalam maka warnanya kuning terang, konsistensinya seperti lendir (encer kental) tergantung dari siklus hormon, tidak berbau dan tidak menimbulkan keluhan.

Sebaliknya, bila terjadi gejala antara lain: gatal pada organ intim perempuan, rasa terbakar, kemerahan, nyeri selama berhubungan intim,

nyeri saat berkemih, keluar cairan berlebihan dari organ intim perempuan (baik berlendir ataupun bercampur darah), dan berbau (Endang, 2008).

#### 2.1.4.2.5 Komplikasi Keputihan

Komplikasi yang sering adalah bila kuman telah naik ke panggul sehingga terjadi penyakit yang dikenal dengan penyakit radang panggul. Komplikasi jangka panjang lebih mengerikan lagi yaitu kemungkinan wanita tersebut akan mandul akibat rusak dan lengketnya organ-organ dalam kemaluan terutama tuba fallopii (Nugroho, 2011).

#### 2.1.4.2.6 Cara Mengatasi Keputihan

Sering mengganti celana dalam, setelah buang air besar atau buang air kecil sebaiknya membilas vagina dari arah depan ke belakang, memilih celana yang longgar untuk menjaga kelembapan daerah kewanitaan, menjaga kebersihan daerah pribadi agar tetap kering dan tidak lembab serta menggunakan celana dengan bahan yang menyerap keringat (Nugroho, 2011).

### 2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

#### 1. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minuman cukup cairan. Sumber protein yang berkualitas tinggi adalah susu.

Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2.

Pada trimester III makanan harus disesuaikan dengan keadaan badan ibu. Bila ibu hamil mempunyai berat badan kelebihan, maka makanan pokok dan tepung dikurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit.

## 2. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringat. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

## 3. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilan. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

#### 4. Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah kriteria berikut:

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b. Bahan pakaian usahakan yang menyerap keringat
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih

#### 5. Eliminasi

Pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kandung kemih. Tidakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi.

#### 6. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Beratnya pekerjaan harus dikaji untuk mempertahankan postur tubuh yang baik-penyokong yang tinggi dapat mencegah bungkuk dan kemungkinan nyeri punggung. Ibu dapat dianjurkan untuk melakukan tugas dengan posisi duduk lebih banyak daripada berdiri.

#### 7. Persiapan Laktasi

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut:

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara
- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai

#### 8. Persiapan Persalinan

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Rencana ini tidak harus dalam bentuk tertulis, namun dalam bentuk diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang diperlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai tepat waktu (Romauli, 2011).

##### 2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

###### 1. Perdarahan

Perdarahan pada hamil tua terjadi ketika ibu mengalami perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai bayi dilahirkan atau perdarahan ketika saat akan melahirkan. Perdarahan yang dimaksudkan adalah jika perdarahan tersebut tidak disertai lendir dan tidak ada tanda-tanda persalinan. Perdarahan pada ibu hamil lanjut merupakan tanda bahaya yang mengancam kesehatan ibu dan janin (Astuti, 2010).

2. Demam atau panas tinggi

Ibu dapat menderita demam (suhu  $>38^{\circ}\text{C}$ ) selama kehamilan. Gejala lain yang biasanya menyertai demam adalah badan lemas, sakit kepala, tidak nafsu makan, sakit pada badan, menggigil, kedinginan, dan berkeringat. Tanda-tanda demam juga dapat dilihat dari luar, misalnya wajah kemerahan, mata kabur, bibir kering, serta jumlah denyut nadi meningkat dan jumlah pernapasan menjadi cepat (Astuti, 2010).

3. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Hal ini terjadi ketika ibu merasakan cairan berupa air dari vagina keluar setelah kehamilan berusia 22 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu ataupun kehamilan aterm (Astuti, 2010).

4. Tidak mau makan dan muntah terus

Kebanyakan ibu hamil dengan umur kehamilan 20 minggu sering merasa mual dan kadang-kadang muntah. Keadaan ini normal dan akan hilang dengan sendirinya pada kehamilan lebih dari 3 bulan. Tetapi, bila ibu tetap

tidak mau makan, muntah terus menerus sampai ibu lemas dan tidak dapat bangun, keadaan ini berbahaya bagi keadaan janin dan kesehatan ibu (Astuti, 2010).

5. Bengkak tangan/wajah, pusing dan dapat diikuti kejang

Sedikit bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada umur kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal. Tetapi, sedikit bengkak pada tangan atau wajah, apalagi bila disertai tekanan darah tinggi dan sakit kepala (pusing), sangat berbahaya. Bila keadaan ini dibiarkan maka ibu dapat mengalami kejang-kejang (Sulistyawati, 2011).

6. Gerakan janin berkurang atau tidak ada

Pada keadaan normal, gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada umur kehamilan 4-5 bulan. Sejak saat itu, gerakan janin sering dirasakan ibu. Janin yang sehat bergerak secara teratur. Bila gerakan janin berkurang, melemah atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, minimal adalah 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin (Sulistyawati, 2009).

2.1.7 Asuhan Kehamilan Terpadu

1. Timbang Berat Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur Lingkar Lengan Atas

Pengukuran LILA hanya dilakukan saat kontak pertama untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi

kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama dimana ukuran lingkaran lengan atasnya kurang dari 23,5 cm.

### 3. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $>140/90$  mmHg) pada kehamilan dan pre eklampsia.

### 4. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

### 5. Hitung Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit yang menunjukkan adanya gawat janin.

### 6. Tentukan Presentasi Janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin.

### 7. Beri Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming

status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 2.1  
Pemberian Imunisasi TT

<b>Imunisasi TT</b>	<b>Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi</b>	<b>Lama Perlindungan</b>
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2010.

#### 8. Beri Tablet Tambah Darah (Fe)

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

#### 9. Periksa Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

##### a. Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu, melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

##### b. Pemeriksaan Kadar Hemoglobin Darah (Hb)

Pemeriksaan Hb dilakukan minimal sekali pada Trimester I dan sekali pada Trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui

ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c. Pemeriksaan Protein dalam Urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan trimester III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali terutama pada trimester III.

e. Pemeriksaan Tes HIV

Pemeriksaan tes HIV terutama daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjelaskan HIV.

f. Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam)

Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis.

10. Tatalaksana atau Penanganan Kasus

Penanganan kasus harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.

11. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- 1) Kesehatan ibu
- 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Asupan gizi seimbang
- 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- 7) Penawaran untuk melakukan konseling dan test HIV di daerah tertentu (risiko tinggi)
- 8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif
- 9) Keluarga Berencana (KB) pada persalinan
- 10) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

(Kep Menkes Pedoman ANC Terpadu, 2010).

## 2.1.8 Kehamilan Resiko Tinggi

### 2.1.8.1 Definisi

Risiko tinggi adalah suatu kehamilan patologi yang dapat mempengaruhi keadaan ibu dan janin (Manuaba, 2008).

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki resiko meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi yang cacat atau terjadi komplikasi kehamilan, yang lebih besar dari resiko pada wanita normal

umumnya. Penyebab kehamilan risiko pada ibu hamil adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi, rendahnya status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah. Pengetahuan ibu tentang tujuan atau manfaat pemeriksaan kehamilan dapat memotivasinya untuk memeriksakan kehamilan secara rutin (Dewi, 2010).

#### 2.1.8.2 Jenis-Jenis Kehamilan Resiko Tinggi

##### a. Faktor Ibu

1. Kehamilan pada usia di atas 35 tahun atau di bawah 18 tahun.

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas kehamilan. Usia yang paling aman atau bisa dikatakan waktu reproduksi sehat adalah antara umur 20 tahun sampai umur 30 tahun. Penyulit pada kehamilan remaja salah satunya pre eklampsia lebih tinggi dibandingkan waktu reproduksi sehat. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2008).

2. Kehamilan pertama setelah 3 tahun atau lebih pernikahan.
3. Kehamilan kelima atau lebih.

Menurut Manuaba (2008), paritas atau para adalah wanita yang pernah melahirkan dan dibagi menjadi beberapa istilah:

- a) Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan sebanyak satu kali

- b) Multipara yaitu wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, di mana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali
  - c) Grande multipara yaitu wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali
4. Kehamilan dengan jarak antara di atas 5 tahun atau kurang dari 2 tahun.

Pada kehamilan dengan jarak  $<2$  tahun keadaan endometrium mengalami perubahan, perubahan ini berkaitan dengan persalinan sebelumnya yaitu timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Adanya kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah endometrium pada bagian korpus uteri mengakibatkan daerah tersebut kurang subur sehingga kehamilan dengan jarak  $<2$  tahun dapat menimbulkan kelainan yang berhubungan dengan letak dan keadaan plasenta.

5. Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dan ibu belum pernah melahirkan bayi cukup bulan dan berat normal.

Wanita hamil yang mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm, memiliki resiko tinggi mengalami persalinan secara premature, karena lebih mungkin memiliki panggul yang sempit.

6. Kehamilan dengan penyakit (hipertensi, Diabetes, Tiroid, Jantung, Paru, Ginjal, dan penyakit sistemik lainnya).

Kondisi sebelum hamil seperti hipertensi kronis, diabetes, penyakit ginjal atau lupus, akan meningkatkan risiko terkena preeklamsia. Kehamilan dengan hipertensi esensial atau hipertensi yang telah ada sebelum kehamilan dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi pre eklampsia tidak murni. Penyakit gula atau diabetes mellitus dapat menimbulkan pre eklampsia dan eklampsia begitu pula penyakit ginjal karena dapat meningkatkan tekanan darah sehingga dapat menyebabkan pre eklampsia.

7. Kehamilan dengan keadaan tertentu (Mioma Uteri, Kista Ovarium).

Mioma uteri dapat mengganggu kehamilan dengan dampak berupa kelainan letak bayi dan plasenta, terhalangnya jalan lahir, kelemahan pada saat kontraksi rahim, pendarahan yang banyak setelah melahirkan dan gangguan pelepasan plasenta, bahkan bisa menyebabkan keguguran. Sebaliknya, kehamilan juga bisa berdampak memperparah Mioma Uteri. Saat hamil, mioma uteri cenderung membesar, dan sering juga terjadi perubahan dari tumor yang menyebabkan perdarahan dalam tumor sehingga menimbulkan nyeri. Selain itu, selama kehamilan, tangkai tumor bisa terputar.

8. Kehamilan dengan anemia (Hb kurang dari 10,5 gr %).

Wanita hamil biasanya sering mengeluh sering letih, kepala pusing, sesak nafas, wajah pucat dan berbagai macam keluhan lainnya. Semua keluhan tersebut merupakan indikasi bahwa wanita hamil tersebut sedang menderita anemia pada masa kehamilan.

Penyakit terjadi akibat rendahnya kandungan hemoglobin dalam tubuh semasa mengandung. Faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia pada ibu hamil adalah kekurangan zat besi, infeksi, kekurangan asam folat dan kelainan haemoglobin. Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester satu dan tiga, atau kadar nilai hemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester dua. Perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi.

9. Kehamilan dengan riwayat bedah sesar sebelumnya.

b. Faktor Janin

1. Kelainan letak janin (sungsang, lintang, oblique/diagonal, presentasi muka)
2. Makrosomia/janin besar (taksiran lebih dari 4000 gram)
3. Janin Gemeli (kembar)
4. Janin dengan pertumbuhan janin terhambat (IUGR)
5. Janin meninggal dalam rahim (IUFD)
6. Janin kurang bulan (prematuur)
7. Janin dengan cacat bawaan/kelainan kongenital (Prita, 2011).

2.1.8.3 Komplikasi pada Kehamilan Resiko Tinggi

1. Anemia
2. Janin kecil
3. Prematur yang tidak wajar
4. Ketuban pecah dini

5. Gestational diabetes
6. Tekanan darah tinggi
7. Plasenta previa
8. Hidramnion
9. Penyakit rhesus
10. Kehamilan post-term
11. Kehamilan ganda
12. Kehamilan etopik
13. Keguguran
14. Kematian janin
15. Perdarahan pasca persalinan (Manuaba, 2009).

#### 2.1.8.4 Faktor Kehamilan dengan Resiko Tinggi

##### a. Faktor Resiko Tinggi Menjelang Kehamilan

###### a) Faktor Genetik

Penyakit turunan yang sering terjadi pada keluarga tertentu, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan sebelum kehamilan. Bila terjadi kehamilan, maka diperlukan pemeriksaan kelainan bawaan.

###### b) Faktor Lingkungan

1) Diperhitungkan faktor pendidikan dan sosial ekonomi.

2) Faktor pendidikan dan sosial ekonomi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan.

3) Mempengaruhi pemilihan tempat pertolongan persalinan.

##### b. Faktor Risiko Tinggi yang Bekerja Selama Kehamilan

- a) Faktor keadaan menjelang kehamilan
- b) Kebiasaan ibu (merokok, alkohol, kecanduan obat)
- c) Faktor penyakit yang mempengaruhi kehamilan (Manuaba, 2009).

#### 2.1.8.5 Dampak Kehamilan Resiko Tinggi

##### 1. Keguguran.

Keguguran dapat terjadi secara tidak disengaja. misalnya: karena terkejut, cemas, stres. Tetapi ada juga keguguran yang sengaja dilakukan oleh tenaga non profesional sehingga dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.

##### 2. Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.

Prematuritas terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi oleh kurangnya gizi saat hamil dan juga umur ibu yang belum 20 tahun. Cacat bawaan dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi sangat rendah, pemeriksaan kehamilan (ANC) yang kurang, keadaan psikologi ibu kurang stabil. Selain itu cacat bawaan juga di sebabkan karena keturunan (genetik) proses pengguguran sendiri yang gagal, seperti dengan minum obat-obatan

(gynecosit sytotec) atau dengan loncat-loncat dan memijat perutnya sendiri.

Pengetahuan ibu hamil akan gizi masih kurang, sehingga akan berakibat kekurangan berbagai zat yang diperlukan saat pertumbuhan dengan demikian akan mengakibatkan makin tingginya kelahiran prematur, berat badan lahir rendah dan cacat bawaan.

3. Mudah terjadi infeksi.

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.

4. Anemia kehamilan/kekurangan zat besi.

Penyebab anemia pada saat hamil disebabkan kurang pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil karena pada saat hamil mayoritas seorang ibu mengalami anemia. Tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Lama kelamaan seorang yang kehilangan sel darah merah akan menjadi anemis.

5. Keracunan kehamilan (Gestosis).

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk pre-eklampsia atau eklampsia. Pre eklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian serius karena dapat menyebabkan kematian.

6. Kematian ibu yang tinggi.

Kematian ibu pada saat melahirkan banyak disebabkan karena perdarahan dan infeksi. Selain itu angka kematian ibu karena keguguran juga cukup tinggi yang kebanyakan dilakukan oleh tenaga non profesional (dukun) (Ubaydillah, 2008).

#### 2.1.8.6 Akibat Resiko Tinggi pada Kehamilan

##### 1. Resiko Bagi Ibu

###### a) Mengalami perdarahan.

Perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. Selain itu juga disebabkan selaput ketuban stasel (bekuan darah yang tertinggal didalam rahim). Kemudian proses pembekuan darah yang lambat dan juga dipengaruhi oleh adanya sobekan pada jalan lahir.

###### b) Kemungkinan abortus.

Pada saat hamil seorang ibu sangat memungkinkan terjadi abortus. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor alamiah dan juga abortus yang disengaja, baik dengan obat-obatan maupun memakai alat.

###### c) Persalinan yang lama dan sulit.

Persalinan yang disertai komplikasi pada ibu maupun janin merupakan penyebab dari persalinan lama yang dipengaruhi oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan serta pimpinan persalinan yang salah. Kematian pada saat melahirkan juga disebabkan oleh perdarahan dan infeksi.

## 2. Resiko Bagi Bayi

### a) Kemungkinan lahir belum cukup usia kehamilan.

Kelahiran prematur yang kurang dari 37 minggu (259 hari).

Hal ini terjadi karena pada saat pertumbuhan janin zat yang diperlukan berkurang.

### b) Berat badan lahir rendah (BBLR).

Bayi yang lahir dengan berat badan yang kurang dari 2.500 gram kebanyakan dipengaruhi oleh kurangnya gizi saat hamil dan umur ibu saat hamil kurang dari 20 tahun. Dapat juga dipengaruhi penyakit menahun yang diderita oleh ibu hamil.

### c) Cacat bawaan.

Cacat bawaan merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pertumbuhan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kelainan genetik dan kromosom, infeksi, virus rubela serta faktor gizi dan kelainan hormon.

### d) Kematian bayi.

Kematian bayi yang masih berumur 7 hari pertama hidupnya atau kematian perinatal yang disebabkan oleh berat badan kurang dari 2.500 gram, kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari), kelahiran kongenital serta lahir dengan asfiksia (Ubaydillah, 2008).

## **2.2 Persalinan**

### 2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2008).

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2011).

#### 2.2.2 Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*Preparatory Stage*), dengan tanda-tanda:

1. *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak terlalu kelihatan
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
3. Perasaan sering atau susah buang air kecil (Polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, disebut "*False Labor Pains*"
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah dan bisa bercampur darah (*Bloody Show*)

Persalinan dimulai (*Inpartu*) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks.

Tanda dan gejala inpartu:

1. Kontraksi uterus yang semakin lama semakin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
2. Cairan lendir bercampur darah (*Show*) melalui vagina
3. Pada pemeriksaan dalam, dapat ditemukan pelunakan serviks dan penipisan dan pembukaan serviks
4. Dapat disertai ketuban pecah (Johariyah, 2012).

### 2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu:

1. *Power* (kekuatan)

*Power* adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

- a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrinstik, ini berarti ibu tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi.

- b. Tenaga mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau disebut dengan usaha volunter (Nurasiah, 2012).

## 2. *Passage* (jalan lahir)

Terdiri dari:

### a. Bagian keras (panggul)

Yang harus diperhatikan adalah tulang-tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge, ukuran-ukuran panggul, dan juga bentuk panggul.

### b. Bagian lunak

Terdiri dari otot-otot dan ligamentum yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah.

- a) Diaphragma Pelvis yaitu bagian yang menutupi panggul dari bawah yang membentuk dasar panggul
- b) Perineum yaitu bagian permukaan dari pintu bawah panggul (Nurasiah, 2012).

## 3. *Passenger* (janin dan plasenta)

### a. Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai

bagian dari *Passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

a) Kepala janin

Adalah bagian terpenting karena dalam persalinan, perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, maka bagian-bagian lainnya dapat menyusul dengan mudah.

b) Letak janin dalam uterus

Letak janin dalam uterus sangat penting dalam mendiagnosa persalinan. Beberapa letak seperti letak lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu dan janin.

c) Plasenta

Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas ketahanan dan efisiensi plasenta (Nurasiah, 2012).

#### 4. Psikologis

Keadaan fisiologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah, 2010).

## 5. *Physician* (penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan ataupun malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi (Asrinah, 2010).

### 2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

#### 1. Fase Laten

Ibu bisa bergairah atau cemas. Mereka biasanya menghendaki ketegasan mengenai apa yang sedang terjadi pada tubuh mereka maupun mencari keyakinan dan hubungan dengan bidannya.

#### 2. Fase Aktif

Pada persalinan stadium dini ibu masih tetap makan dan minum atau tertawa dan ngobrol dengan riang diantara kontraksi. Begitu persalinan maju, ibu tidak punya keinginan lagi untuk makan atau mengobrol, dan ia menjadi pendiam dan bertindak lebih didasari naluri.

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan sebagai berikut:

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Sering memikirkan antara lain:
  - a) Apakah persalinan berjalan normal
  - b) Apakah bayinya normal atau tidak
  - c) Apakah ia sanggup merawat bayinya

- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan
- e. Ibu merasa cemas (Nurasiah, 2012).

## 2.2.5 Fase Persalinan

### 1. Kala 1 (Kala Pembukaan)

Yang dimaksud kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala 1 dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.

Kala 1 dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

#### 1) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Kontraksi dimulai teratur tetapi lamanya masih 20-30 detik.

#### 2) Fase Aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

Dari pembukaan 4 cm sampai dengan 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase Aktif dibagi 3 fase, yaitu:

- 1) Fase Akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

- 2) Fase Dilatasi Maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
- 3) Fase Deselerai: pembukaan terjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, Ostium Uteri Internum (OUI) akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian Ostium Internum Eksternum (OIE) membuka. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. Pada proses persalinan terjadi penipisan dan pendataran serviks dalam saat yang sama.

Tabel 2.2  
Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan

<b>Parameter</b>	<b>Frekuensi Pada Fase Laten</b>	<b>Frekuensi Pada Fase Aktif</b>
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu tubuh	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut Jantung Janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber: Nurasiah, 2012

Tabel 2.3  
Perbedaan Lamanya Kala 1 Pada Primigravida dan Multigravida

<b>Primigravida</b>	<b>Multigravida</b>
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi	Mendatar dan membuka bisa bersamaan
Berlangsung 13-14 jam	Berlangsung 6-7 jam

Sumber: Nurasiah, 2012

## 2. Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala II, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektori menimbulkan rasa mencedan.

Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Lama kala II pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada multigravida adalah 0,5 jam sampai 1 jam.

### 3. Kala III (Kala Uri)

- a. Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.
- b. Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah:
  - 1) Uterus menjadi bundar
  - 2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
  - 3) Tali pusat bertambah panjang
  - 4) Terjadi perdarahan

### 4. Kala IV (Kala Observasi)

Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.

- a. Kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam
- b. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan pasca persalinan sering terjadi pada 2 jam pertama

c. Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Tingkat kesadaran penderita
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus, tinggi fundus uteri
- 4) Terjadinya perdarahan: perdarahan normal tidak melebihi 400-500 cc

(Marmi, 2012).

Lama persalinan dihitung dari kala I sampai dengan kala III kemungkinan akan berbeda, dibawah ini adalah tabel perbedaan nulipara dengan multipara.

Tabel 2.4

Perbedaan Lama Persalinan Nulipara dan Multipara

<b>Lama Persalinan</b>	<b>Para 0</b>	<b>Multipara</b>
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{3}{4}$ jam

Sumber: Marmi, 2012

#### 2.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

1. Riwayat bedah besar
2. Perdarahan per vaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah disertai dengan mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat

9. Tanda/gejala infeksi
10. *Pre eklampsia* atau *hipertensi* dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primi para dalam fase aktif kala satu persalinan dan kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi majemuk atau ganda
16. Tali pusat menubung
17. Syok (JNPK-KR, 2008).

#### 2.2.7 Standar Asuhan Persalinan Normal

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala dua
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set
3. Memakai celemek plastik
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam (VT)
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum

8. Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat *stenen* (perasat untuk melindungi perineum dengan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum)
20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

25. Melakukan penilaian selintas:
  - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
  - b. Apakah bayi bergerak aktif?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 Unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso kranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial)
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering

54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Melengkapi partograf

### **2.3 Nifas**

#### 2.3.1 Definisi Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani, 2015).

Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah, 2013).

#### 2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, dan *remote puerperium*. Perhatikan penjelasan berikut:

1. *Puerperium Dini*

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

## 2. *Puerperium Intermedial*

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

## 3. *Remote Puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Sulistyawati, 2009).

### 2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Angka kematian ibu pada masa nifas di Indonesia masih tinggi sekitar 60% sehingga pencetusan pembuatan program dan kebijakan teknis mengenai jadwal kunjungan masa nifas paling sedikit empat kali dilakukan kunjungan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, juga mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Frekuensi kunjungan pada masa nifas adalah:

#### 1. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuan:

- a. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri

- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
  - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - d. Pemberian ASI awal
  - e. Mendekatkan hubungan antara ibu dan bayi
  - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi
  - g. Menjelaskan perawatan BBL yang baik dan benar
2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau
  - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
  - c. Memastikan ibu cukup mendapat makanan, cairan dan istirahat
  - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
  - e. Memantau kesehatan bayi dan melakukan konseling tentang perawatan bayi
3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau pendarahan abnormal
- c. Memastikan ibu cukup mendapat makanan, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e. Memantau kesehatan bayi dan melakukan konseling tentang perawatan bayi.

#### 4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan:

- a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayi
- b. Memberikan konseling KB secara dini

Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke Posyandu atau Puskesmas untuk ditimbang dan imunisasi (Sulistyawati, 2009).

### 2.3.4 Perubahan Fisik dan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

#### 2.3.4.1 Perubahan Fisik

##### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

###### 1) Uterus

- a. Pengerutan Rahim (Involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU-nya.

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba petengahan pusat symphysis dengan berat 500 gram
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU tidak teraba dengan berat 350 gram
- e) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram

b. Lokhea

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- a) Lokhea Rubra/Merah: lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah

karena terisi darah segar dan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium

- b) Lokhea Sanguinolenta: berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum
- c) Lokhea Serosa: berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14
- d) Lokhea Alba/Putih: lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung 2-6 minggu post partum

c. Perubahan pada serviks

Bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir, ini karena corpus uteri yang dapat berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat dimasukkan ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

2) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan

vagina kembali ke keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia akan lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi yang memungkinkan selulitis yang dapat menjalar sampai ke sepsis.

### 3) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun lebih kendur dari keadaan sebelum hamil.

## 2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami penekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktifitas tubuh.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurangnya nafsu makan.

## 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit buang air kecil selama 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat

spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

#### 4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena, ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

#### 5. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap samapai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3.

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar hormon esterogen drastis sehingga aktifitas prolaktin juga meningkat dan dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. Lamanya wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui, seringkali menstruasi ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar hormon esterogen dan progesteron.

#### 6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan.

Pada persalinan, vagina kehilangan darah sebanyak 200-500 cc, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit (Sulistyawati, 2009).

#### 2.3.4.2 Perubahan Psikologis

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

1. Periode "*Taking In*"

Periode ini terjadi 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, dan perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan berulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.

## 2. Periode “*Taking Hold*”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggungjawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

## 3. Periode “*Letting Go*”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga karena depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (Damaiyanti, 2011).

### 2.3.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

#### 1. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui akan mendapatkan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktivitas ibu sendiri.

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama post partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa 100 cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal. Efisiensi konversi energi yang terkandung

dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76-96% sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100 cc susu sekitar 85 kkal.

Selain hal tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan untuk mendapatkan tambahan asupan dari nutrisi lain. Berikut ini adalah tambahan asupan nutrisi ibu menyusui pada wanita di Asia.

Tabel 2.5  
Tambahan Asupan Nutrisi Ibu Menyusui pada Wanita di Asia

No.	Nutrisi	Yang Diperlukan
1.	Kalsium	0,5-1 gram
2.	Zat besi	20 mg
3.	Vitamin C	100 mg
4.	Vitamin B-1	1,3 mg
5.	Vitamin B-2	1,3 mg
6.	Vitamin B-12	2,6 microgram
7.	Vitamin D	10 microgram

Sumber: Damaiyanti, 2011

Dengan penjelasan tersebut, akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain:

- a. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori
- b. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, setiap hari, terutama setelah menyusui
- d. Mengonsumsi tablet zat besi selama nifas
- e. Minum kapsul vitamin A (200.00 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI dan memcepat masa penyembuhan ibu

## 2. Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam sampai hitungan hari.

Kegiatan ini dilakukan meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktifitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

## 3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus menyakinkan bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien makan makanan berserat tinggi dan banyak minum air putih.

## 4. Kebersihan Diri

Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus

bijaksana dalam memberikan motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri.

#### 5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Kurangnya istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa, misalnya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayinya sendiri.

#### 6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Damaiyanti, 2011).

#### 2.3.6 Ketidaknyamanan pada Masa Nifas

##### 1. Mulas pada perut

Cara mengatasi perut mulas yang dirasakan oleh ibu yaitu dengan menggunakan teknik relaksasi dengan cara menghirup napas dari hidung dan mengeluarkannya secara perlahan lewat mulut (Maryunani, 2009).

#### 2.3.7 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan per vaginam
2. Infeksi masa nifas
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
4. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas

5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
6. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit
7. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama
8. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan kaki
9. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri  
(Heryani, 2012).

## **2.4 Bayi Baru Lahir**

### **2.4.1 Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Sondakh, 2013).

Beberapa pengertian lain tentang Bayi Baru Lahir:

1. Bayi Baru Lahir (*Newborn* [inggris] atau *Neonatus* [latin]) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia 4 minggu.
2. BBL normal adalah bayi yang baru dilahirkan pada kehamilan cukup bulan (dari kehamilan 37-42 minggu) dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram dan tanpa adanya tanda-tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya.
3. Neonatal dini adalah BBL sampai dengan usia 1 minggu.
4. Neonatal lanjutan adalah BBL dari usia 8-28 hari (Marmi, 2012).

### **2.4.2 Ciri-Ciri Normal Bayi Baru Lahir**

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
2. Panjang badan 48-50 cm

3. Lingkar dada 32-34 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Bunyi jantung dalam menit pertama  $\pm$  180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit
6. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi intercosta, serta rintihan hanya berlangsung kira-kira 10-15 menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
9. Kuku telah agak panjang dan lemas
10. Genetalia: testis sudah turun (pada laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
11. Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk
12. Eliminasi urine dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).

#### 2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

##### 1. Adaptasi Pernapasan

- a. Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia:

- 1) Faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps

- 2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu
  - 3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida dan penurunan PH)
- b. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit
  - c. Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama
  - d. Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung, respons refleks terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran.
2. Adaptasi Kardiovaskular
    - a. Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat, dan sebagian lagi terjadi seiring dengan waktu
    - b. Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut)
    - c. Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit
    - d. Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi
3. Adaptasi Neurologis

- a. Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna
- b. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas
- c. Perkembangan neonatus terjadi cepat (misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang
- d. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal (Sondakh, 2013).

Tabel 2.6  
Refleks pada Bayi Baru Lahir

<b>Refleks</b>	<b>Respon Normal</b>	<b>Respon Abnormal</b>
Rooting dan Menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai mengisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat.
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi, kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, atau cedera.
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstrusi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf C, diikuti dengan abduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

	telentang pada permukaan yang datar.	
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respon asimetris terlihat pada cedera SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki.
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis.
Tonik leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.	Respon persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respon menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras.	Tidak adanya dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respon secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian.
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka.	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis.
Palmar Graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.	Respon ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus.
Plantar Graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.	Respon yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiper ekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorso fleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintas bantalan kaki.	Tidak ada respon yang terjadi pada SSP.

#### 4. Adaptasi Gastrointestinal

- a. Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu
- b. Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir
- c. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase
- d. Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan
- e. Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal
- f. Variasi besar terjadi di antara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan
- g. Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif
- h. Gerakan acak tangan ke mulut dan menghisap jari telah diamati di dalam uterus, tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar

#### 5. Adaptasi Ginjal

- a. Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus
  - b. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespon terhadap stresor
  - c. Penurunan kemampuan untuk untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan
  - d. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam
  - e. Urine dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan (debu baru bata) dapat diamati pada pokok karena kristal asam urat
6. Adaptasi Hati
- a. Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah
  - b. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah
  - c. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ektrauterin, pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi
7. Adaptasi Imun
- a. Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk

- b. Immaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir
  - 1) Respons inflamasi berkurang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif
  - 2) Fagositosis lambat
  - 3) Keasaman lambung dan produksi pepsin dan tripsin belum berkembang sempurna sampai usia 3-4 minggu
  - 4) Immunoglobulin A hilang dari saluran pernapasan dan perkemihan, kecuali jika bayi tersebut menyusu ASI.
- c. Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas selama periode neonatus

#### 2.4.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Tidak dapat menyusu
2. Kejang
3. Mengantuk atau tidak sadar
4. Nafas cepat (>60 x/menit)
5. Merintih
6. Retraksi dinding dada bawah
7. Sianosis sentral (JNPK-KR, 2008).

#### 2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek penting dari asuhan segera setelah lahir adalah:

- a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
  - a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu
  - b) Ganti handuk/kain yang basah, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh
  - c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit
  - d) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi
  - e) Apabila suhu bayi kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$ , segera hangatkan bayi
- b. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.
  - a) Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas ibu dan bayi baru lahir dan ikatan batin dan pemberian ASI
  - b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tetap siap dengan menunjukkan rooting reflek. Jangan paksakan bayi untuk menyusu
  - c) Jangan pisahkan bayi sedikitnya satu jam setelah persalinan
- c. Menjaga pernafasan.
  - a) Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit

- b) Jika tidak bernafas, lakukan hal-hal sebagai berikut: keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat, gosoklah punggung bayi dengan lembut
  - c) Jika belum bernafas setelah satu menit mulai resusitasi
  - d) Bila bayi sianosis/kulit biru, atau sukar bernafas/ frekuensi pernafasan  $30 > 60$  kali/ menit, berikan oksigen dengan kateter nasal
- d. Merawat mata.
- a) Berikan Eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1%, untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia, atau
  - b) Berikan tetes mata perak Nitrat atau Neosporin segera setelah lahir (Sudarti, 2010).

## **2.5 Asuhan Kebidanan**

### **2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

Asuhan kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien, dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen asuhan kebidanan adalah bentuk pendekatan yang di lakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan menggunakan metode pemecahan masalah. Manajemen

kebidanan adalah suatu pendekatan yang digunakan oleh bidan berupa proses pendekatan pemecahan masalah yang sistematis, dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Varney (1997) mendefinisikan proses manajemen kebidanan sebagai: “Suatu metode pemecahan masalah yang digunakan untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan ilmu, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien”. Proses ini dapat membantu bidan memberikan asuhan kebidanan yang aman dan bermutu (Saminem, 2010).

## 2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

### 1. Standar I: Pengkajian

#### a. Pernyataan standar:

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

#### b. Kriteria pengkajian:

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap
- 2) Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya)
- 3) Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

### 2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan

#### a. Pernyataan Standar:

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

b. Kriteria Perumusan Diagnosa dan Masalah:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan standar:

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
- 2) Melibatkan klien atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan diberikan bermanfaat untuk klien
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

#### 4. Standar IV: Implementasi

##### a. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

##### b. Kriteria:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*informed consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### 5. Standar V: Evaluasi

##### a. Pernyataan standar:

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

b. Kriteria Evaluasi:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standar:

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

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/KIA)
- 2) Ditulis dengan bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnesa
- 4) O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

- 6) Padahal penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan (Kepmenkes, 2007).