

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi

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 dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009:89)

2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan pada Trimester 3

1. Sistem reproduksi

a. Vagina dan vulva

Dinding dan vagina mengalami perubahan yaitu meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b. Serviks uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen.

c. Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, hingga menyentuh hati.

d. Ovarium

Pada trimester ke-3, korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

2. Sistem payudara

Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, keluar cairan yang berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

3. Sistem endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami perbesaran 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasi kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

4. Sistem perkemihan

Pada kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

5. Sistem pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat.

6. Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

7. Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5.000-12.000 ul dan terjadi peningkatan jumlah granulosit, limfosit dan monosit.

8. Sistem integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna yang disebut *striae gravidarum*. Pada ibu *primi gravida* berwarna kebiruan yang disebut *striae lividae*, sedangkan ibu *multi gravida* striae tersebut berwarna putih disebut *striae albican*. Selain itu akan terjadi hiperpigmentasi pada garis pertengahan perut. Jika ibu *primi* akan berwarna putih disebut *linea alba*. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*.

9. Sistem metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15-20 % dari semula terutama pada trimester 3

- a. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan, perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi $\frac{1}{2}$ g / kg BB atau sebutir telur setiap hari.
- c. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- d. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi :
 - 1) Kalsium 1,5 g setiap hari, 30- 40 g untuk pembentukan tulang janin.
 - 2) Fosfor rata rata 2 g sehari.
 - 3) Zat besi 800 mg atau 30-50 mg sehari.

10. Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

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

11. Sistem pernafasan

Usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas.

(Roumali, 2011 : 73-88)

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Ibu Hamil Trimester 3

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Sekarang wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi. Seorang ibu juga mengalami selama hamil, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Ibu merasa canggung, jelek dan tidak rapi, serta memerlukan lebih besar perhatian dari pasangannya. (Ika Pantikawati, 2012 : 73-74)

2.1.4 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester 3

1. 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 : 10).

Cara mengatasinya yaitu dengan cara 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,dkk, 2011 : 206-207).

2. Peningkatan Frekuensi Berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester 3 terjadi karena adanya penekanan bagian bawah janin langsung pada kandung kemih karena uterus yang semakin membesar. Cara mengatasi masalah ini yaitu dengan menjelaskan kepada ibu mengapa hal ini terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur sehingga tidak mengganggu istirahat (Varney, 2006:538).

3. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos atau usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan dengan cara mengkonsumsi makanan tinggi serat dan minum air minimal 8 gelas sehari (Varney, 2006:539).

4. Dispnea (sesak nafas)

Semakin tinggi fundus uteri, *dispnea* akan semakin meningkat karena diafragma yang makin tinggi. Diafragma tinggi mengganggu ekspansi paru-

paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Cara mengatasinya yaitu dengan cara sebaiknya tidur dengan bantal agak tinggi dengan posisi setengah duduk, hindari makan terlalu kenyang.

5. Kaki kram

Kompresi saraf ekstermitas bawah akibat pembesaran uterus. Cara mengatasinya yaitu dengan cara massase dan kompres hangat pada otot yang kram dan memberikan vit B kompleks.

6. Edema

Kepala janin telah masuk di pintu atas panggul sehingga dapat menimbulkan gangguan aliran darah / cairan limfe yang menuju ke atas dan terjadi stagnasi di kaki. Edema umum pada ibu hamil harus dipikirkan kemungkinan preeklamsia, eklamsia, penyakit ginjal / jantung.

Cara mengatasinya yaitu kombinasi edema, hipertensi dan albuminemia merupakan trias dari gestosis yang perlu diperhatikan. Pemeriksaan laboratorium dasar lengkap agar dilakukan untuk menentukan kesejahteraan ibu hamil. Sedangkan edema tanpa gejala tambahan dapat diatasi dengan menaikkan kaki saat tidur.

(Roumali, 2011 : 191-193)

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Nutrisi

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan ibu. Bila ibu hamil memiliki kelebihan berat badan, maka makanan pokok dan tepung-tepung dikurangi dan memperbanyak sayuran serta buah segar untuk menghindari sembelit.

2. *Personal hygiene*

Mandi dianjurkan minimal 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat.

3. Eliminasi

Desakan usus oleh pembesaran janin dapat menyebabkan bertambahnya konstipasi. Pencegahannya adalah mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Selain itu, pembesaran janin juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan tidak dianjurkan, karena menyebabkan dehidrasi.

4. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, *coitus* diperbolehkan sampai akhir kehamilan. *Coitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, *abortus / partus prematurus imminens*, ketuban pecah sebelum waktunya.

5. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan.

6. Istirahat

Ibu hamil dianjurkan merencanakan istirahat teratur yaitu tidur malam hari \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam.

(Roumali, 2011 : 134-144)

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan pervaginam

Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang – kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri.

2. Keluar cairan pervaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Insiden ketuban pecah dini 10% mendekati dari semua persalinan dan 4 % pada kehamilan kurang 34mg.

3. Sakit kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun satu saat sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

4. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal.

5. Bengkak di wajah dan jari – jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia.

6. Gerak janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan kelima atau keenam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

7. Nyeri perut yang hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester 3. Apabila nyeri abdomen itu berhubungan dengan proses persalinan normal adalah normal. Tetapi nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat sangat berkemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Nyeri hebat tersebut bisa berarti epindisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang iritabel, abrupsio plasenta, ISK atau infeksi lain.

(Marmi, 2011 : 219 - 226)

2.1.7 Standar Asuhan Kehamilan

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang terdiri dari:

1. Timbang berat badan : Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA) : Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK).
LiLA minimal 23,5 cm.
3. Ukur tekanan darah : Untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan dan preeklampsia.
4. Ukur tinggi fundus uteri : Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.
5. Hitung denyut jantung janin (DJJ) : DJJ normal 120-160/menit.
6. Tentukan presentasi janin : Pada trimester 3, bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.
7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) : Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 2.1 Tabel Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi	Lama Perlindungan
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 : KeMenkes, 2010:16)

8. Beri tablet tambah darah (tablet besi) : Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus).
 - a. Pemeriksaan golongan darah.
 - b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb).
 - c. Pemeriksaan protein dalam urin.
 - d. Pemeriksaan kadar gula darah.
 - e. Pemeriksaan darah malaria.
 - f. Pemeriksaan tes sifilis.
 - g. Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).
 - h. Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam).
10. Tatalaksana/penanganan kasus : Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.
11. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) efektif meliputi:
 - a. Kesehatan ibu.
 - b. Perilaku hidup bersih dan sehat.
 - c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.
 - d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas.
 - e. Asupan gizi seimbang.

- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- g. Penawaran untuk melakukan konseling dan *testing* HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
- h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
- i. KB (Keluarga Berencana) paska persalinan.
- j. Imunisasi.
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*) (Kemenkes Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2010 : 16-20)

2.1.8 Nyeri Punggung

1. Definisi

Nyeri punggung adalah gangguan yang umum terjadi, dan ibu hamil mungkin saja memiliki riwayat “sakit punggung” di masa lalu. Rasa nyeri pada bagian punggung atau *low back pain* dialami oleh 20% - 25% ibu hamil. Keluhan ini dimulai pada usia 12 minggu dan akan meningkat pada usia 24 minggu hingga menjelang persalinan. Rasa nyeri yang dirasakan ibu pada waktu malam hari. Hal ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah vena ke arah lumbal sebagai peralihan cairan dari intraseluler ke arah ekstraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu (Robson, 2012 : 176-177).

2. Etiologi

- a. Peningkatan paritas
- b. Posisi janin, terutama malposisi
- c. Riwayat nyeri punggung dalam kehamilan sebelumnya
- d. Peningkatan berat badan dan keletihan

- e. Perubahan dan adaptasi postural
- f. Kelemahan sendi dan ligamen (Robson , 2012 : 176).

3. Patofisiologi

Menurut Annelie dkk, 2008, seiring bertambahnya usia kehamilan dan perkembangan janin yang menyebabkan muatan di dalam uterus bertambah, menjadikan uterus membesar. Pembesaran uterus ini akan memaksa ligamen, otot-otot, serabut saraf, dan punggung teregangkan, sehingga beban terikan tulang punggung kearah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis. Hal inilah yang menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil (Bayu dkk, 2013:86-87).

Sebagian disebabkan oleh hormon kehamilan yang mengendurkan sendi, ikatan tolong dan otot di pinggul sebagai persiapan proses persalinan, dan ditambah lagi dengan meningkatnya berat badan janin saat bertambah besar. Sering kali ini akan menyebabkan anda mencondongkan perut, sehingga menambah lekungan pada bagian bawah punggung anda. Yang paling sering dirasakan adalah nyeri punggung pada bagian atas, leher dan bahu dapat terjadi akibat stres, atau setelah melahirkan (Onggo, 2012 : 173).

4. Gejala Nyeri Punggung

- a. Rasa sakit sepanjang punggung atau panggul
- b. Lemah atau sakit pada bokong dan kaki
- c. Sulit berjalan karena sakit pada kaki (Dahlianti, dkk, 2010 : 50).

5. Komplikasi

- a. Perburukan mobilitas
- b. Gangguan kemampuan mengendarai kendaraan
- c. Kesulitan melanjutkan tugas sehari-hari, komitmen terhadap pekerjaan, atau asuhan untuk anak-anak lain
- d. Insomnia yang menyebabkan kelelahan dan iritabilitas (Robson, 2012 : 176).

6. Penatalaksanaan

Cara mengatasi nyeri pada punggung bagian bawah dapat dilakukan dengan cara melakukan usapan atau pijatan pada punggung bagian bawah, mengurangi membungkuk berlebihan, menghindari menggunakan sepatu tumit tinggi, dan istirahat yang cukup dengan posisi yang nyaman (Varney, 2006 : 542).

2.1.9 Penilaian Nyeri

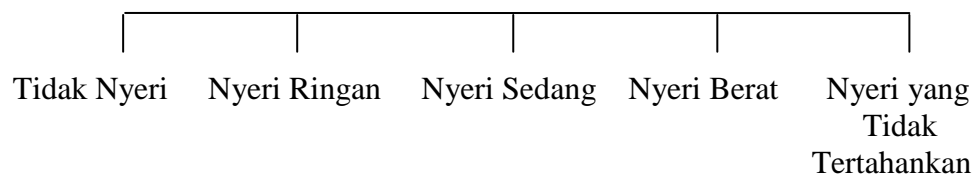
Pengkajian karakteristik umum nyeri dapat membantu bidan dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang akan diberikan dalam mengatasi nyeri.

Banyak instrumen pengkajian nyeri yang dapat digunakan dalam menilai tingkat nyeri dengan masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan dalam penerapannya, serta dipengaruhi oleh jenis nyeri disamping juga tingkat perkembangan individu. Beberapa instrument pengkajian nyeri yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

1. Skala Pendiskripsian Verbal (*Verbal Descriptor Scale/VDS*)

VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendiskripsi ini dirangking dari tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri. Pengukur menunjukkan kepada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendiskripsikan nyeri.

Gambar 2.1 *Verbal Descriptor Scale/VDS*

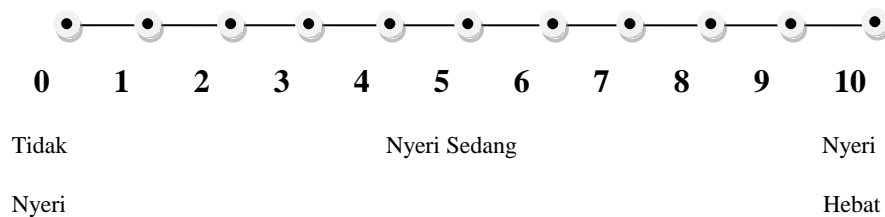


2. Skala Penilaian Numerik (*Numeric Rating Scale/NRS*)

NSR lebih digunakan sebagai pengganti atau pendamping VDS. Dalam hal ini pasien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Penggunaan skala NSR biasanya dipakai patokan 10 cm untuk menilai nyeri pasien. Nyeri yang dinilai pasien akan dikategorikan menjadi tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3) secara obyektif pasien berkomunikasi dengan baik, (4-6) secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, (7-9) secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi

dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi, dan (10) pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale/NRS*



3. Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale/VAS*)

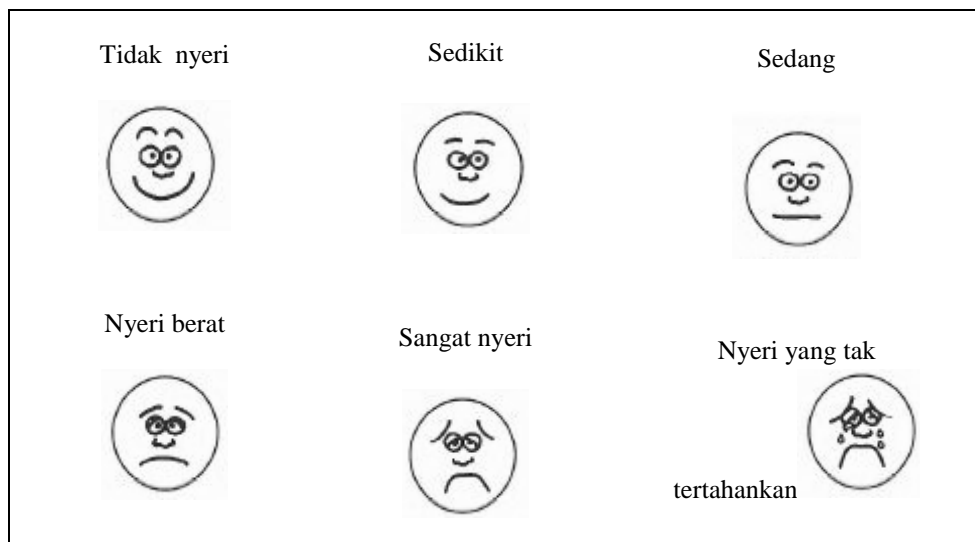
Menurut McGuire dalam Potter dan Perry (2005), VAS merupakan pengukur tingkat nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu waktu. VAS tidak melabelkan suatu devisi, tetapi terdiri dari sebuah garis lurus yang dibagi secara merata menjadi 10 segmen dengan angka 0 sampai 10 dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setai ujungnya. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah” yang pasien dapat bayangkan. Skala ini memberikan kebebasan pada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.

Gambar 2.3 *Visual Analog scale/VAS*



VAS modifikasi dapat digunakan pada anak dan orang dewasa yang mengalami gangguan kognitif, menggantikan angka dengan kontinum wajah yang terdiri dari 6 wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari yang sedang tersenyum (tidak merasakan nyeri), kemudian kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (sangat nyeri).

Gambar 2.4 Skala wajah Wong-Bakers



Sumber: (Uliyah, dkk, 2012 : 146-148).

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi

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 dengan penyulit (JNPK-KR, 2008:39).

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia 37 minggu hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Marmi, 2012:1-2).

2.2.2 Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Terjadinya Lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi *Broxton Hiks*, ketegangan dinding perut, gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah.

2. Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini sering diistilahkan dengan his palsu. Sifat his palsu, antara lain:

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas

(Marmi, 2012:9)

2.2.3 Tanda-tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

1. Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornue uteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat: adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri, kondisi ini berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his bekisar 45 – 60 detik.

Pengarus his sehingga dapat menimbulkan: terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap orpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

His persalinan mempunyai tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
- c. Terjadi perubahan pada serviks
- d. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah

2. Keluarnya Lendir Bercampur Darah Pervaginam (*Blood Show*)

Lendir berasal dari pembukaan serviks yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

3. Pecahnya ketuban

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vacuum atau section caesaria.

4. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1 – 2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

(Marmi, 2012:9-10)

2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Passanger (Isi kehamilan)

Faktor passanger terdiri atas 3 komponen, yaitu janin, air ketuban dan plasenta.

a. Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi

janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

b. Air ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang diatas ostium uteri yang menonjol waktu his disebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks.

Cairan ini berfungsi sangat penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu: menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Tak hanya itu air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, dan pada saat persalinan, ketuban yang mendorong serviks untuk membuka, juga meratakan tekanan intra uterine dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

Seiring pertambahan usia kehamilan, aktivitas organ tubuh janin mempengaruhi komposisi cairan tubuh janin mempegaruhi komposisi cairan ketuban. Jumlah air ketuban tidak terus sama dari minggu ke minggu kehamilan. Jumlah itu pun akan bertambah atau berkurang sesuai perkembangan kehamilan. Saat usia kehamilan 25-26 minggu, jumlahnya rata-rata 239 ml. Lalu meningkat menjadi ± 984 ml pada usia 33-34 minggu dan turun menjadi 836 ml saat janin siap lahir.

Untuk mengenali air ketuban bisa dengan cara yang pertama menggunakan kertas lakmus (air ketuban diteteskan ke atas kertas lakmus, jika positif maka akan ditemukan adanya reaksi kertas lakmus berwarna biru), kedua mikroskopis (bau amis, adanya lanugo, rambut, verniks caseosa, dan bercampur mekonium), ketiga mikroskopis (lanugo dan rambut), keempat laboratorium (kadar urea atau ureum rendah dibandingkan air kemih).

c. Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta ataupun gangguan implantasi dari plasenta. Gangguan dari implantasi plasenta dapat berupa kelainan letak implantasinya ataupun kelainan dari kedalaman implantasinya. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini adalah keadaan yang disebut sebagai plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasi ialah yang disebut sebagai plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012:27-39)

2. Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan 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. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

a. Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian, yaitu:

- 1) Panggul palsu atau false pelvis (pelvis mayor). Panggul palsu adalah bagian diatas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
- 2) Panggul sejati atau true pelvis (pelvis minor). Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.

b. Dalam obstetri yang di maksud pelvis minor terdiri atas:

- 1) Pintu atas panggul (PAP)
- 2) Bidang tengah panggul (midlet)
- 3) Pintu bawah panggul

c. Bidang Hodge

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT)

Bidang hodge antara lain sebagai berikut:

- 1) *Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
- 2) *Hodge II* : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- 3) *Hodge III* : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri
- 4) *Hodge IV* : sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis

(Marmi, 2012:43-49)

3. Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah: his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna

4. Kontraksi Uterus (His)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari ‘pacemaker’ yang terdapat di dinding daerah tersebut.

His (kontraksi) adalah serangkaian kontraksi rahim yang teratur, yang secara bertahap akan mendorong janin melalui serviks (rahim bagian bawah) dan vagina (jalan lahir), sehingga janin keluar dari rahim ibu.

Kontraksi menyebabkan serviks membuka secara bertahap (mengalami dilatasi), menipis dan tertarik sampai hampir menyatu dengan rahim. Perubahan ini memungkinkan janin bisa melewati jalan lahir.

5. Penyebab kontraksi

Penyebab peningkatan aktivitas uterus yang sebenarnya karena:

- a. Perubahan hormonal progresif yang menyebabkan peningkatan ekstabilitas otot-otot uterus
- b. Peningkatan mekanik yang progresif

6. Faktor-faktor mekanisme

- a. Renggangan otot-otot uterus

Renggangan sederhana organ-organ berotot polos biasanya akan meningkatkan kontraktilitas otot-otot tersebut. Renggangan intermitten karena pergerakan fetus dapat meningkatkan kontraksi otot.

- b. Renggangan atau iritasi serviks

Renggangan serviks oleh kepala fetus yang akhirnya menjadi cukup kuat menimbulkan suatu reflex korpus uteri yang kuat. Kontraksi mendorong bayi maju, sehingga lebih merenggangkan serviks dan uterus menimbulkan umpan balik positif pada korpus uteri.

7. Mekanisme terjadinya his

- a. Dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut, dinding tuba masuk ke dalam dinding uterus, tempat gelombang berasal.
- b. Gelombang bergerak ke atas dan bawah dengan kecepatan 2 cm / detik sampai ke seluruh uterus

- c. Terjadi kejang otot di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal

Table 2.2 Perbedaan antara his palsu dan his sejati

Jenis perubahan	His palsu	His sejati
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur & tidak semakin sering (disebut kontraksi Braxton Hicks)	Timbul secara teratur dan semakin sering, berlangsung selama 30 – 70 detik
Pengaruh gerakan tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang/berhenti	Meskipun posisi/gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah & tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semakin kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berasal dari punggung dan menjalar ke depan

(sumber: Marmi, 2012:54)

- d. Otot-otot korpus uteri mendesak (retraksi)
- e. Serviks tertarik dan terbuka terjadi penipisan dan pembukaan
- f. Pada umur kehamilan 7 bulan, saat palpasi teraba adanya kontraksi Braxton-Hicks, amplitudo sekitar 5 mmHg berlangsung sebentar
- g. Setelah 30 minggu, aktivitas rahim lebih kuat dan sering
- h. Pada kehamilan 36 minggu, terjadi pembukaan serviks 2 cm terjadi setiap 10 menit
- i. Pada kala I, adanya tekanan pada air ketuban, kepala janin yang mulai masuk ke rongga panggul, kepala janin melakukan tekanan pada serviks, sehingga terjadi pembukaan lengkap
- j. Pada kala I, frekuensi his menjadi 2 – 4 kontraksi setiap 10 menit, pada umumnya terjadi selama 20 - 60 detik atau 20 – 90 detik

- k. Pada kala II, ibu mulai mengeram, kontraksi diaframa dan otot – otot dinding abdomen sehingga kekuatan uterus optimum
- l. Kala II terjadi 2 – 6 menit dengan amplitudo sekitar 60 – 80 mmHg, 24 jam postpartum aktivitas menurun.
- m. Pada kala IV kontraksi melemah, masih terasa sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari

(Marmi, 2012:51-55)

8. PSIKIS

Perubahan psikis yang terjadi pada ibu bersalin:

a. Kecemasan

Menjelang persalinan, banyak hal mengawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Puncak kekhawatiran muncul bersamaan dengan dimulainya tanda-tanda persalinan. Kecemasan mengakibatkan hormone stres (*stres related hormone*) yang terdiri β endophrine, Adenocortikotropin, Cortisol, Epinephrine yang akan mempengaruhi otot-otot halus uterus sehingga kontraksi menurun.

b. Ketakutan

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya.

(Marmi, 2012:60-61)

9. PENOLONG (BIDAN)

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik.

(Marmi, 2012:61)

2.2.5 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

1. Perasaan takut ketika hendak melahirkan

2. Perasaan cemas pra-melahirkan

3. Rasa sakit

Muncul karena saat mau melahirkan, mereka merasa tegang dan takut akibatnya membuat jalur lahir (*birth canal*) menjadi mengeras dan menyempit.

4. Depresi

5. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga

6. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan

7. Perasaan tidak enak, sering berpikir apakah persalinan akan berjalan normal

8. Menganggap persalinan sebagai cobaan

9. Sering berpikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya

10. Sering berpikir apakah bayi normal atau tidak

11. Keraguan akan kemampuan dalam merawat bayinya

(Marmi, 2012:22-23)

2.2.6 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu:

1. Kala I

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm

b. Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu:

1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm

2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Marmi, 2012:11-12).

2. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Marmi, 2012:13).

3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim (Manuaba, 1998). Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan

(Marmi, 2012:14)

4. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Tingkat kesadaran penderita
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadi perdarahan

(Marmi, 2012:14-15)

2.2.7 Tanda Bahaya Persalinan

1. Riwayat *seksio caesaria*
2. Perdarahan per vaginam
3. Persalinan kurang bulan
4. Ketuban pecah dengan mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)

6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
7. Infeksi
8. *Preeklamsia* atau *hipertensi* dalam kehamilan
9. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
10. Gawat janin (DJJ kurang dari 100x/m atau lebih dari 180 x/m)
11. Primi para dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala 5/5
12. Presentasi bukan belakang kepala
13. Presentasi majemuk atau ganda
14. Tali pusat menumbung
15. Syok
16. Persalinan dengan fase laten memanjang
17. Belum inpartu
18. Partus lama (Rohani, dkk. 2011 : 64-67)

2.2.8 Standar Asuhan Persalinan Normal

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

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. Mencilupkan 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 denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu 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 stenon (perasat untuk melindungi perineum dngan 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 ke arah perineum ibu untuk menyanggah 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 ke arah 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 diatas 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 diatas 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 kearah doroskrainal. 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 dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah 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.

(JNPK-KR, 2008)

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009:1)

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan pada ibu nifas bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
2. Pencegahan, diagnose dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
3. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bila perlu
4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus
6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makanan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak

(Sulistyawati, 2009:2-3)

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

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 genitalia, 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 berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan

(Sulistyawati, 2009:5)

2.3.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Table 2.2 Kebijakan program nasional masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melaukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hypothermi</i>. 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

2	6 hari setelah perslinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan <i>invovusi uterus</i> berjalan normal: <i>uterus</i> berkontraksi, <i>fundus</i> dibawah <i>umbilicus</i>, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas.
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami. 2. Memberikan konseling KB secara dini.

(Sumber: Sulistyawati, 2009:6-7)

2.3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

Terjadinya involusi uteri, yaitu suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

- 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 pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- d. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- e. Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

Terjadi pengeluaran lokhea yaitu ekskresi cairan cairan rahim selama masa nifas yang mengandung darah dan sisa-sisa jaringan desidua yang nekrotik dalam rahim. Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, yaitu:

1) 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, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanogo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

(Sulistyawati, 2009:73-76)

2. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan dengan diet serat tinggi, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal (Sulistyawati, 2009:78)

3. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil selama 24 jam pertama. Urine dalam jumlah banyak dihasilkan dalam 12 – 36 jam *post partum* (Sulistyawati, 2009:79)

2.3.6 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1. Periode “Taking In”

- a. Periode ini terjadi 1 – 2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b. Ibu mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan

- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- e. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan.

2. Periode taking hold

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2 – 4 post partum
- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAK, BAB, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya
- e. Pada masa ini, biasanya ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut
- f. Pada tahap ini bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi

3. Periode letting go

- a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan social.
- c. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.
(Sulistyawati, 2009:87-89)

2.3.7 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Kebersihan diri

- a. Mengajarkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh.
- b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Menyarankan untuk mengganti pembalut saat darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir setelah selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- e. Jika mempunyai luka *episiotomi*, hindari untuk menyentuh daerah luka.

2. Istirahat

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mengakibatkan:

- a. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c. Menyebabkan depresi dan ketidaknyaman untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

3. Latihan

- a. Mendiskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal, ibu akan merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b. Menjelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu seperti senam nifas dan latihan *kegel*.

4. Kebutuhan gizi

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 minimal 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui
- d. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas setidaknya selama 40 hari post partum
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 Internasional Unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

5. Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong. Oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap sebelum dan selesai menyusui.

6. Hubungan perkawinan / rumah tangga

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti.

(Prawirohardjo, 2006 : 127-129)

7. Keluarga berencana

Keluarga berencana adalah keluarga yang berkualitas yaitu keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan. (BPPPK, 2010 : vii). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu pasien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya.

Konseling yang baik juga akan membantu pasien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Dalam memberikan konseling, hendaknya dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU yaitu:

- a. SA : Sapa dan salam kepada pasien secara terbuka dan sopan.
- b. T : Tanyakan pada pasien informasi tentang dirinya.
- c. U : Uraikan kepada pasien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis

kontrasepsi post partum dibagi menjadi 2 yaitu metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana dibagi dua, yaitu metode kontrasepsi sederhana dengan alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (sanggama terputus, MAL (Metode Amenores Laktasi)). Sedangkan metode modern dibagi menjadi dua, yaitu hormonal (kontrasepsi progestin, pil progestin, implan) dan non hormonal (AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), tubektomi, vasektomi).

- d. TU : Bantulah pasien menentukan pilihannya dan tetap memotivasi pasien untuk melakukan ASI eksklusif sehingga metode MAL otomatis dapat terlaksana.
- e. J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
- f. U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang.

(BPPPK, 2006 :U3-U4)

2.3.8 Ketidaknyamanan dan Penanganannya

1. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi.

Penanganan : Setelah 24 jam post partum, ibu dapat melakukan rendam duduk untuk mengurangi keluhan. Jika terjadi infeksi, maka diperlukan pemberian antibiotika yang sesuai dibawah pengawasan dokter. (Farmakologi Depkes RI, 2011:5)

2. Belum berkemih.

Penanganan : Dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya.

Jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih, maka dilakukan kateterisasi

3. Sembelit.

Penanganan : Dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini, masalah sembelit akan berkurang.

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular.

Penanganan : Pengompresan dengan es, tetapi dalam beberapa hari akan mereda.

(Kenneth, dkk 2012 : 342-343)

2.3.9 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam
2. Infeksi masa nifas
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
4. Pembengkakan diwajah atau ekstremitas
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
6. Payudara berubah menjadi merah, anas, dan sakit
7. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama
8. Rasa sakit, merah dan pembengkakan kaki
9. Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayi dan diri sendiri

(Sulistyawati, 2009:173-196)

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi

Menurut Saifuddin, (2002) bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.

Menurut Donna L. Wong, (2003) bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38 – 42 minggu.

Menurut Dep. Kes. RI, (2005) bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Marmi, 2012:5).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500 – 4000 gram
2. Panjang badan 48 – 52 cm
3. Lingkar dada 30 – 38 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm
5. Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
6. Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
7. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia perempuan labia mayor sudah menuupi labia minor, genetalia laki-laki testis sudah turun, scrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik

13. Reflek graps atau menggenggam sudah baik

14. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kehijauan

(Marmi, 2012:8-9)

2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Penelitian menunjukkan bahwa, 50 persen kematian bayi terjadi pada periode neonatal yaitu periode bulan pertama kehidupan. Kurang baiknya perawatan bayi baru lahir akan mengakibatkan kecacatan seumur hidup, bahkan kematian. Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis, bila terdapat gangguan adaptasi maka bayi akan sakit.

Homeostatis adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital, bersifat dinamis, dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan, termasuk perkembangan dan pertumbuhan intrauteri. salah satu adaptasi fisiologi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus :

1. System Pernafasan

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi karena tekanan mekanik dari toraks sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik), penurunan $P_a O_2$ dan kenaikan $P_a CO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus

(stimulasi kimiawi) rangsangan dinginn di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

Pernafasan pertama pada bayi baru lahir terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alviolo, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara bertahan di dalam, respirasi pada neonates biasa pernafasan di diafragmatik dan abnominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru akan kaku sehingga terjadi atelektasis.

2. Suhu Tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya.

a. Konduksi

Panas di antarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung) contohnya menimbang bayi tanpa menggunakan alas timbangan.

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kecepatan dan suhu udara), contohnya membiarkan bayi berada di dekat jendela.

c. Radiasi

Panas di pancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu yang berbeda), bayi baru lahir yang di biarkan berada dalam ruangan dingin atau dalam ruangan be AC.

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

3. Metabolisme

Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy di peroleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak, pada jam-jam pertama energy di dapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-dua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatka susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energy bayi 60 % di dapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

4. Peredaran Darah

Fetus (janin) menerima oksigen dan makanan dari plasenta, maka seluruh darah fetus harus melalui plasenta. Semua darah bercapau antara darah yang direoksigenasi dari plasenta dan darah yang dideoksigenasi ketika meninggalkan fetus untuk masuk ke plasenta. Fungsi paru-paru di jalankan oleh plasenta. Fetus tidak mempunyai sirkulasi pulmoner seperti sirkulasi pada

orang dewasa. Pemberian darah secara terbatas mencapai paru-paru, hanya cukup untuk makan dan pertumbuhan paru-paru itu sendiri.

Paru-paru dalam masa fetus tidak aktif sehingga hanya mendapatkan sedikit darah. sebagian besar darah dalam arterii pulmonaris disalurkan langsung ke dalam aorta melalui sebuah arteri, pada masa fetus darah dari plasenta melalui vena umbilikal is sebagian menuju kehati, sebagian langsung kedalam serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta keseluruh tubuh. Dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arteri ol dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar dari pada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran oleh karena tekanan dalam paru turun sedangkan tekanan dalam aorta naik. Kejadian-kejadian ini terjadi pada hari pertama kehidupan bayi baru lahir.

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4-5 liter per menit/ M^2 , aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter permenit / M^2 , dan bertambah pada hari ke dua dan ketiga (3,54 liter/ M^2) karena penutupan duktus arteriosus, tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah melalui transfusi plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian menjadi naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/45 mmHg.

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir relative mengandung banyak air dan kadar natrium relative lebih besar dari kalsium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron belum sebanyak seperti orang dewasa.

6. Hati

Segera setelah bayi lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Serta hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang agak lama. Enzim pada hati belum terlalu aktif pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonates juga belum sempurna.

7. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (PH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dala 24 jam neonates telah mengkompensasi asidosis ini (Muslidatul,2010)

2.4.4 Tanda dan 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 : 144)

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Jaga kehangatan
2. Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
5. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
7. Beri suntikan vitamin K₁ 1 mg intramuscular, di paha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini
8. Beri imunisasi hepatitis B 0,5 mL intramuscular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1 – 2 jam setelah pemberian K₁. Imunisasi Hepatitis B diberikan sedini mungkin setelah bayi lahir yaitu 1 jam setelah pemberian vitamin K karena 3,9 % ibu hamil yang positif Hepatitis B memiliki resiko penularan kepada bayinya sebesar 45%. (Anisa, Yuliasuti, 2013:48).

(JNPK-KR, 2008:126)

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Definisi 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 pasien 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 pasien, dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistimatis mulai dari pengumpulan data, analisis data untuk diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.5.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (*getting thing done*). Prinsip yang mendasari batasan ini adalah “komitmen pencapaian ” yakni komitmen untuk melakukan kegiatan yang bertujuan, bukan semata – mata kegiatan. Manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang fokus pada pasien (Varney, 1997).

2.5.3 Standart Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam menejemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berfikir secara kritis untuk menegakkan diagnose suatu masalah potensial kebidanan.

Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya.

Proses manajemen kebidanan di selesaikan melalui beberapa langkah :

1. Pengumpulan Data Dasar

Langkah langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap, pengumpulan data dimulai saat pasien masuk dan dilanjutkan secara terus-menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan melalui bergai sumber baik dari pasien maupun keluarga pasien.

Teknik pengumpulan data dasar terdapat 3 cara yaitu observasi melalui panca indra, wawancara melalui Tanya jawab, dan melakukan pemeriksaan, data di klasifikasikan menjadi dua yaitu objektif dan subyektif.

2. Interpretasi Data Dasar

Langkah ini di lakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terdapat diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap pasien.

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta atau kenyataan. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh yang menyertai diagnosa seperti diagnosa kemungkinan perempuan hamil maka masalah yang berhubungan adalah mungkin perempuan

hamil tersebut masuk trimester III. Masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan dan melahirkan. Persaan takut tidak termasuk dalam kategori “*diagnosa nomenklatur*” tetapi tetap akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

Contoh diagnosa kebidanan:

- a. Kehamilan normal
- b. Partus normal
- c. Abortus, dll.

Pada langkah ini penting sekali untuk melakukan asuhan yang aman. Misal pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terdapat kemungkinan terjadinya distocia bahu sehingga perlu disiapkan kebutuhan untuk resusitasi.

4. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan.

Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.

Beberapa data menunjukkan situasi *emergensi* di mana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, dan beberapa sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

5. Perencanaan Asuhan Secara Menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat teratasi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien atau masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien agar dapat dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif, karena pada akhirnya perempuan itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Semua asuhan yang dikembangkan secara menyeluruh harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh pasien.

6. Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh.

7. Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.

Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian besar tersebut telah efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Sari, 2012).