

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas dan BBL

2.1.1. Kehamilan

1. Definisi

Kehamilan didefinisikan sebagai penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. (Prawirohardjo, 2010). Lamanya hamil adalah 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

(Prawirohardjo, 2007).

2. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

a. 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. (Romauli, 2011).

b. Serviks Uteri

Kelenjar-kelenjar di serviks akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang-kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak dan hal ini merupakan hal yang fisiologis apabila masih dalam batas ketentuan (Prawirohardjo, 2007).

c. Vagina dan Vulva

Selama hamil pH sekresi vagina menjadi lebih asam, keasaman berubah dari 4 menjadi 6,5. Pada trimester III dinding vagina

mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa (Romauli, 2011).

d. Ovarium

Pada trimester ke III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

e. Mammae

Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrom (Romauli, 2011).

f. Sistem Endokrin

Pada trimester III kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml. Manfaat dari hormon paratiroid ini adalah untuk memberi janin dengan kalsium yang adekuat (Romauli, 2011).

g. Sistem Perkemihan

Pada trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali (Romauli, 2011).

h. Sistem Pencernaan

Pada trimester III terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesterone yang meningkat (Romauli, 2011).

i. 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 (Romauli, 2011).

j. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5.000-12.000 ul dan terjadi peningkatan jumlah granulosit, limfosit dan monosit (Romauli, 2011).

k. Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna yang disebut *striae gravidarum*. Pada ibu *primi gravida* berwarna kebiruan yang disebut *striae bivida*, 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* (Romauli, 2011).

l. Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula terutama pada trimester ke-III.

- 1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- 2) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- 3) Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak, protein.
- 4) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi:
 - a) Minum air putih 1,5 liter setiap hari, 30-40 gr susu untuk pembentukan tulang janin
 - b) Fosfor rata-rata 2 gr dalam sehari
 - c) Zat besi, 800 mg atau 20-50 mg sehari

(Romauli, 2011).

m. Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Pada trimester III kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg (Romauli, 2011).

n. Sistem Pernapasan

Usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

3. Perubahan dan Adaptasi Psikologis Masa Kehamilan di Trimester III

Trimester III (Perhatian dengan Penuh Kewaspadaan)

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f. Perasaan mudah terluka (sensitif).
- g. Merasa kehilangan perhatian.
- h. Libido menurun.

(Romauli, 2011).

4. Ketidaknyamanan Ibu Hamil pada Trimester III

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasi

NO.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Sering buang air kecil. Trimester I dan III.	<ol style="list-style-type: none"> a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya. b. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur malam hari. c. Batasi minum kopi, teh, soda. d. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring

		ke kiri dan kaki di tinggikan untuk mencegah dieresis.
2.	Hemoroid. Timbul pada trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari konstipasi. b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum. c. Gunakan kompres es atau air hangat. d. Secara masukkan kembali anus saat BAB.
3.	Sembelit. Trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan diet asupan cairan. b. Konsumsi buah prem atau jus prem. c. Minum cairan dingin atau hangat terutama saat perut kosong. d. Istirahat cukup. e. Senam hamil. f. Membiasakan buang air besar secara teratur. g. Buang air besar segera jika ada dorongan.
4.	Keputihan. Trimester I, II, dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari. b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap. c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
5.	Napas sesak. Trimester I dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologisnya. b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang. d. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
6.	Nyeri ligamentum rotundum. Trimester I dan II.	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri. b. Tekuk lutut ke arah abdomen. c. Mandi air hangat. d. Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontra indikasi. e. Gunakan sebuah bantal untuk menompang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut

		sewaktu dalam posisi berbaring miring.
7.	Panas perut (heart burn), mulai bertambah sejak trimester II, dan bertambah dengan semakin lamanya kehamilan. Hilangnya pada waktu persalinan.	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan sedikit-sedikit tapi sering b. Hindari makanan berlemak dan berbumbu tajam. c. Hindari rokok, asap rokok, alkohol dan cokelat. d. Hindari berbaring setelah makan. e. Kunyah permen karet. f. Tidur dengan kaki ditinggikan
8.	Perut kembung. Trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari makanan yang mengandung gas. b. Mengunyah makanan dengan sempurna. c. Lakukan senam secara teratur. d. Pertahankan kebiasaan buang air besar secara teratur.
9.	Pusing atau sincope. Trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak. c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang.
10.	Sakit punggung atas dan bawah. Trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran tepat. c. Gunakan kasur yang keras. d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
11.	Varises pada kaki. Trimester II dan III.	<ul style="list-style-type: none"> a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring. b. Jaga agar kaki tidak bersilangan. c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. d. Senam untuk melancarkan peredaran darah. e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

(Asrinah, 2010).

5. Standar Asuhan Kehamilan

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar menurut (KepmenKes 2010 : 16) terdiri dari:

a. Timbang berat badan

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

b. Ukur lingkaran lengan atas (LILA)

Ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi memiliki LiLA kurang dari 23,5cm.

c. Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi dalam kehamilan dan preeklampsia

d. Ukur tinggi fundus uteri

Untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Tentukan presentasi janin

Untuk menentukan letak janin.

g. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT).

Untuk mencegah terjadinya *Tetanus neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT.

h. Beri tablet tambah darah (tablet besi),

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

i. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- a) Pemeriksaan golongan darah, untuk mempersiapkan calon pendonor darah sewaktu-waktu diperlukan jika terjadi kegawatdaruratan.
- b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), untuk mengetahui ibu hamil mengalami anemia atau tidak. Pemeriksaan dilakukan minimal 1 kali pada trimester 1 dan 1 kali pada trimester 3.
- c) Pemeriksaan protein dalam urin, untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada trimester 2 dan 3 atas indikasi.

- d) Pemeriksaan kadar gula darah, untuk ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Mellitus maka harus dilakukan pemeriksaan minimal 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 1 kali pada akhir kehamilan trimester 3.
- e) Pemeriksaan darah Malaria, semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah. Ibu hamil di daerah non endemis malaria, pemeriksaan dilakukan jika ada indikasi.
- f) Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV. Risiko bayi tertular HIV bisa ditekan melalui program *Prevention Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT), yakni mengonsumsi obat ARV (Anti Retroviral) profilaksis saat hamil dan pasca melahirkan, melahirkan secara caesar dan memberikan susu formula pada bayi yang dilahirkan. (Legiati, 2012: 154)
- g) Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam), pemeriksaan dilakukan pada ibu hami yang dicurigai menderita tuberkulosis.

j. Tatalaksana/penanganan Kasus

Penanganan kasus harus ditangani sesuai dengan standart dan kewenangan bidan.

k. KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang 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 serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- 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 paska persalinan.
- j. Imunisasi.
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a) 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.

b) *Personal hygiene*

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

c) 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.

d) 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.

e) Mobilisasi

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

f) Istirahat

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

(Roumali, 2011).

2.1.1.1. Konsep Dasar Nyeri Punggung

1. Definisi

Nyeri punggung adalah nyeri yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung biasanya akan meningkat intensitasnya seiring

pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuhnya (Varney, 2007).

2. Etiologi

Menurut Nigel Bickerton, penyebab nyeri punggung pada kehamilan antara lain:

- a. Gabungan efek hormon terhadap kelenturan sendi.
- b. Perubahan postur tubuh.
- c. Pusat gravitasi (Hollingworth, 2011)

Menurut Morgan dan Hamilton penyebab nyeri punggung antara lain:

- a. Ligamen pelvis selama kehamilan
- b. Penambahan berat uterus mengubah pusat gravitasi ibu, menyebabkan perubahan postur yang mengakibatkan peningkatan lordosis lumbal.
- c. Ketegangan pada punggung karena:
 - 1) Terlalu melekukkan tubuh kebelakang
 - 2) Terlalu banyak berjalan
 - 3) Posisi mengangkat yang tidak tepat
 - 4) Tonus otot abdomen lemah, khususnya pada multipara

(Morgan dan Hamilton, 2009)

3. Faktor Resiko Nyeri Punggung

Faktor resiko terjadi NPB adalah usia, kondisi kesehatan yang buruk, masalah psikologi dan psikososial, arthritis, degenerative, merokok, skoliosis mayor (Kurvatur $>80^\circ$), bositas, tinggi badan yang berlebihan, hal yang berhubungan pekerjaan seperti duduk dan mengemudi dalam

waktu lama, duduk atau berdiri berjam-jam (posisi tubuh kerja yang static), getaran, mengangkat, membawa beban, menarik beban, membungkuk, memutar dan kehamilan (Tanjung, 2009).

4. Patofisiologi

Rahim bertambah berat, akibat pusat gravitasi tubuh berubah. Secara bertahap, ibu hamil mulai menyesuaikan postur dengan cara berjalan. Hal ini menyebabkan sakit punggung dan pegal.

Perkins mengatakan bahwa dua tipe utama nyeri punggung terjadi pada masa hamil, yaitu nyeri lumbalis (pinggang) dan nyeri pelvis posterior. Nyeri lumbal terjadi pada spina lumbalis dengan atau tanpa disertai radiasi ke tungkai, seperti nyeri punggung yang dialami oleh wanita tidak hamil, yang diperburuk karena postur tubuh pada posisi berdiri dalam waktu yang lama. Beberapa nyeri lumbal mungkin tidak berhubungan dengan kehamilan. Nyeri pelvis posterior dialami sebagai nyeri yang dalam yang terletak distal dan lateral terhadap vertebra, bilateral atau unilateral pada sendi sakroiliaka dan spina iliaka superior posterior kemungkinan menyebar ke paha posterior atau lutut. Prevalensinya empat kali selama kehamilan dan biasanya dipicu oleh kehamilan.

Nyeri pelvis posterior diperburuk jika berada dalam suatu posisi yang lama, beban pelvis yang tidak simetris, vertebra bagian atas, dan mengangkat barang yang berat, memanjat tangga, terjaga pada malam hari dan berjalan. Nyeri ini dapat dialami dengan disertai nyeri pada simpisis

pubis. Nyeri dapat meningkat lama setelah bekerja lama dan aktivitas itu dihentikan. Suatu tes yang dapat mengetahui nyeri mana yang dialami oleh wanita disebut provokasi nyeri pelvis posterior. Wanita berbaring terlentang, pinggul pada posisi defleksi Sembilan puluh derajat. Pemeriksa menstabilkan kristailiaka dan memberi tekanan vertikan ke dalam panggul yang ditekuk. Jika nyeri itu dirasakan lagi, wanita mengalami nyeri pelvis mayor.

Nyeri punggung meningkat pada awal kehamilan dan menurun selama hamil ke 24 minggu, kecuali bagi wanita yang sebelumnya sudah mengalami nyeri punggung akan mengalami peningkatan ketidaknyamanan sampai kelahiran. Nyeri yang terjadi hanya pada malam hari yang tidak terkait dengan perubahan posisi dapat diakibatkan oleh hipervolemia dan tekanan pada vena cava inferior selama terlentang.

(Sinclair, 2009).

5. Skala Nyeri Punggung

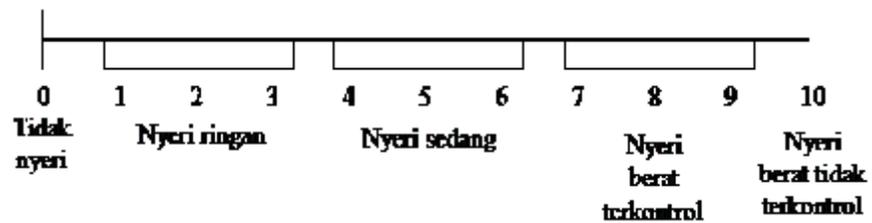
Nyeri merupakan respon personal yang bersifat subyektif, karena itu individu itu sendiri harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkat nyeri yang dirasakan.

Banyak instrumen pengkajian nyeri yang dapat digunakan dalam menilai tingkat nyeri, yaitu:

a. Skala pendeskripsian verbal (Verbal Descriptor Scale/VDS)

Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang

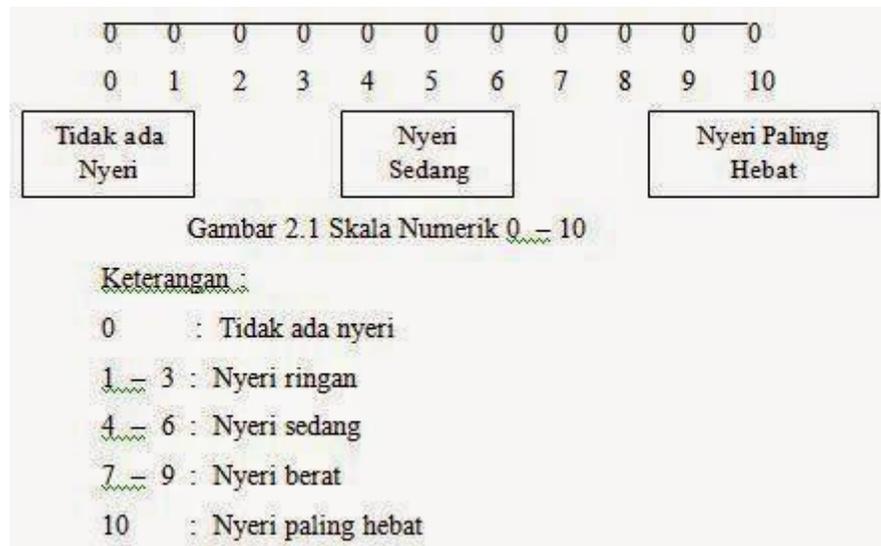
garis. Pendeskripsi ini dirangking dan tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri. Pengukur menunjukkan kepada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah katagori untuk mendiskripsikan nyeri



Gambar 1.1 Verbal Descriptor Scale/VDS

b. Skala Penilaian Numerik (Numerical Rating Scale/NRS)

Digunakan sebagai pengganti atau.opendamping VDS. Dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 1.2 Numerical Rating Scale/NRS

c. Skala Wajah Wong-Bakers

VAS memodifikasi penggantian angka dengan kontinum wajah yang terdiri dari enam 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 1.3 Skala Wajah Wong-Bakers

6. Cara Mengatasi Nyeri Punggung

- a. Tekuk kaki membungkuk ketika mengangkat apapun.
- b. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dan posisi setengah jongkok.
- c. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban dan berjalan tanpa istirahat.
- d. Ayunkan panggul atau miringkan panggul.
- e. Gunakan sepatu tumit rendah. Karena menyebabkan tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis.
- f. Jika masalah bertambah parah, penggunaan penyokong abdomen eksternal dianjurkan.
- g. Kompres hangat pada punggung.
- h. Kompres es pada punggung.
- i. Pijatan atau usapan pada punggung.

Untuk istirahat dan tidur, kasur yang menyokong posisi badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal untuk meluruskan punggung dan meringnkan tarikan dan regangan

(Varney, 2007 : 542).

2.1.2. Persalinan

1. Definisi

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta, serta selaput ketuban melalui jalan lahir (Oxford, 2011).

2. Penyebab Terjadinya Persalinan

- a) Miometrium, saat cukup bulan serabut otot dalam miometrium terdapat di dalam compact bundles, mengurangi ukuran celah (gap), oleh sebab itu jumlah gap junction meningkat dan potensial untuk menstimulasi kontraktilitas juga meningkat.
- b) Serviks, terdiri dari serabut kolagen yang berselingan antara serabut otot sirkular dan longitudinal. Menjelang cukup bulan, presentase air di dalam serabut kolagen meningkat yang mengurangi stabilitas sehingga menyebabkan serviks lebih lunak dan lebih fleksibel.
- c) Pengaruh Hormonal, estrogen meningkatkan aktifitas miometrium dengan meningkatkan reseptor oksitosin dan prostaglandin, yang pada akhirnya membantu pembentukan gap junction. Keberadaan prostaglandin di dalam serviks merangsang produksi enzim-enzim untuk mengurangi jumlah kolagen sehingga memicu penipisan serviks. Oksitosin adalah tonik uteri yang kuat. Peningkatan reseptor oksitosin akibat kerja estrogen, meningkatkan sensitivitas uteri terhadap oksitosin di saat cukup bulan. Sehingga merupakan awitan persalinan.

(Oxford, 2011).

3. Tanda dan Gejala Persalinan Sudah Dekat

a. Terjadi *lightening*

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

b. 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 lebih sering diistilahkan dengan his palsu. Sifat his palsu antara lain rasa nyeri di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas.

(Marmi, 2012).

4. Faktor-Faktor Penting dalam Persalinan

a) *Passenger* (janin, air ketuban dan plasenta)

(1) Janin

Persalinan normal terjadi bila kondisi janin adalah letak membujur, presentasi belakang kepala, sikap fleksi.

(2) Air ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin kedalam ostium uteri, bagian selaput anak yang diatas ostium uteri yang menonjol saat his disebut ketuban.

(3) Plasenta

Plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasilan hormon yang berguna selama kehamilan.

b) *Passage* (Jalan lahir)

1) Jalan lahir terdiri atas:

a) Jalan lahir keras (pelvik atau panggul), terdiri dari 4 buah tulang yaitu:

(1) 2 buah Os.coxae, terdiri dari : os. Illium, os. Ischium, os.pubis.

(2) 1 buah Os.sacrum : promontorium.

(3) 1 buah Os.coccygis

b) Jalan lahir lunak, segmen bawah rahim (SBR), serviks vagina, introitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut *muskulus levator ani*, sedangkan bagian membran disebut *diafragma urogenital*.

2) Bidang – bidang hodge

Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam. Bidang hodge:

- (a) Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- (b) Hodge II : sejajar hodge I setinggi pinggir bawah simfisis
- (c) Hodge III : sejajar hodge I dan II setinggi spina ischiadika
- (d) Hodge IV : sejajar hodge I, II, dan III setinggi os coccygeus.

c) *Power* (kekuatan)

Yaitu faktor kekuatan ibu yang mendorong janin keluar dalam persalinan terdiri dari:

1. His (kontraksi otot rahim). His dikatakan sempurna bila:
 - (a) Kerja otot paling tinggi di fundus uteri.
 - (b) Bagian bawah uterus dan serviks tertarik hingga menjadi tipis dan membuka.
 - (c) Adanya koordinasi dan gelombang kontraksi, kontraksi simetris dengan dominasi di fundus uteri dan amplitudo sekitar 40-60 mmHg selama 60-90 detik.
2. Kontraksi otot dinding perut.

3. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
4. Ketegangan dan kontraksi ligamentum (Marmi, 2012).

5. Proses Terjadinya Persalinan

Menurut Manuaba (2010), penurunan hormone progesteron menjelang persalinan menyebabkan terjadinya kontraksi. Kontraksi otot rahim menyebabkan :

- a. Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul, terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, di atas simfisis pubis dan sering ingin berkemih karena kandung kemih tertekan kepala.
- b. Perut lebih melebar karena fundus uteri menurun.
- c. Nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekan pleksus frankenhauser yang terletak sekitar serviks.
- d. Terjadinya perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.
- e. Terjadi pengeluaran lendir (Manuaba, 2010).

2.1.2.1. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1) Definisi

Ketuban Pecah Dini yaitu pecahnya ketuban sebelum inpartu (pembukaan pada primigravida < 3 cm dan multigravida < 5 cm) (Prawirohardjo, 2008).

2) Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD adalah :

- a. Infeksi yang terjadi pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD (Nugroho, 2012).
- b. Serviks yang *inkompetensia*, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan serviks uteri (akibat persalinan, curettage) (Nugroho, 2012).
- c. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus), misalnya :
 - (1) Trauma, misalnya hubungan seksual (frekuensi lebih dari 3 kali dalam seminggu dengan penetrasi penis yang sangat dalam, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi (Nugroho, 2012).
 - (2) Gemeli. Pada kehamilan gelemi terjadi distensi uterus yang berlebihan yang disebabkan oleh peningkatan masa plasenta dan produksi hormone yang menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan (Varney, 2008).
 - (3) Makrosomia, adalah berat badan neonatus > 4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uteri

bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2009).

(4) Hidramnion, adalah jumlah cairan amnion > 2000 mL. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja (Winkjosastro, 2009).

- d. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi terhadap membrane bagian bawah (Nugroho, 2012).
- e. Usia ibu yang < 20 tahun, keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami ketuban pecah dini. Sedangkan ibu dengan usia > 35 tahun tergolong usia terlalu tua untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini (Nugroho, 2010).
- f. Kadar CRH (*Corticon Releasing Hormone*) maternal tinggi misalnya pada stress psikologis, pola istirahat yang kurang, dapat menjadi stimulasi persalinan preterm (Yulianti, 2010).
- g. Riwayat KPD sebelumnya

3) Patofisiologi

Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi; bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat

lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2010).

4) Tanda dan Gejala

- a) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b) Aroma air ketuban berbau khas dan tidak seperti bau amoniak, pucat dan bergaris warna darah.
- c) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

5) Diagnosa

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2. Inspeksi

Pengamatan dengan kasat mata akan tampak keluarnya cairan dari vagina.

3. Pemeriksaan dalam

Di dalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam. Karena

pada waktu dilakukan pemeriksaan dalam jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan jika KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

(Norma, 2013).

6) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH 4-5 dengan kertas lakmus berubah warna.

- a) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban.
- b) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering lalu menunjukkan gambaran daun pakis.

2. Pemeriksaan ultrasonografi

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion (Nugroho, 2012).

7) Komplikasi

A. Prognosis Ibu

(a) Infeksi dalam persalinan menyebabkan sepsi yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.

(b) Partus lama/dry labour

(c) Perdarahan post partum

(d) Meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya SC)

B. Prognosis Janin

(a) Prematuritas

(b) Morbiditas dan mortalitas perinatal

(c) Prolaps funiculli/penurunan tali pusat

(d) Gawat janin: Hipoksia dan Asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi). Mengakibatkan kompresi tali pusat, *prolaps uteri*, *dry labour*/partus lama, apgar score rendah, *ensefalopaty*, *cerebral palsy*, perdarahan intracranial, *renal failure*, *respiratory distress*.

(e) Sindrom deformitas janin, terjadi hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.

(Khumira, 2012).

8) Penatalaksanaan

a) Observasi suhu rectal tiap 3 jam ($> 37,6$ derajat celcius, jika $> 37,6$ derajat celcius dilakukan terminasi) (Paraton, dkk, 2008).

b) Evaluasi DJJ secara sering dan palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala dari korioamnionitis) (Tharpe, Farley, 2012).

c) Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.

Tiga kemungkinan tindakan yang dapat dilakukan pada ketubah pecah dini, yaitu :

A. Konservatif

- a) Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilan diperpanjang.
- b) Pemberian antibiotic seperti ampisilin untuk infeksi streptokokus beta, eritrosin dosis tinggi untuk chlamidia trachomatis, ureoplasma, dan lainnya, dan dilakukan terminasi untuk menghindari infeksi.

(Manuaba, 2007).

- c) Rawat di rumah sakit dengan tirah baring.
- d) Berikan antibiotika ampisilin 4x500 mg atau gentamycin 1x80 mg bila ketuban pecah > 6 jam.
- e) Jika usia kehamilan < 32-34 minggu, dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- f) Usia kehamilan 32-34 minggu berikan deksametason dengan dosis 12 mg sehari selama 2 hari, secara IM 5 mg tiap 6 jam sebanyak 4 kali dan steroid untuk memacu kematangan paru janin.
- g) Jika usia kehamilan 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative : beri dexamethason, observasi tanda-

tanda infeksi dan pantau kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.

- h) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan takolitik (salbutamol), dexamethason, dan induksi sesudah 24 jam.
- i) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotic dan lakukan induksi. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda intrauterine).

(Lisnawati, 2011).

B. Tata laksana Aktif

- a) Tirah baring
- b) Berikan antibiotic bila ketuban pecah > 6 jam
- c) Usia kehamilan di atas 37 minggu induksi dengan oksitosin, bila gagal seksi sesarea. Dapat pula diberikan misprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali (Nugroho, 2012).
- d) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri dengan syarat :
 - (1) Bila skor pelvik < 5 lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
 - (2) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam (Lisnawati, 2011).
- e) Pada CPD, letak lintang lakukan SC (Nugroho, 2012).

C. Tindakan Agresif dilakukan jika ada indikasi vital seperti infeksi intrauterine, solution plasenta, gawat janin, prolaps uteri, evaluasi hasil detak jantung janin hasilnya buruk, BB janin cukup viable untuk beradaptasi di luar kandungan sehingga tidak dapat ditunda karena mengancam kehidupan janin (Manuaba, 2007).

2.1.3. Nifas

1. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai 2 jam setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil sekitar 6 minggu (42 hari) (Surnasih, 2012).

2. Tahapan Masa Nifas

- a) Puerperium Dini, pemulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.
- b) Puerperium Intermediate, suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c) Puerperium Remote, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Sunarsih, 2012).

3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2009), kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan.

Tabel 2.2. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan mengawasi penyebab perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan batin antara ibu dan BBL. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan dia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah persalinan atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi (demam, perdarahan). c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat. d. Memastikan ibu dan menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari.
III	2 minggu post partum	Sama seperti diatas (6 hari post partum)
IV	6 minggu post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dialami olehnya atau bayinya.

		b. Memberikan konseling KB secara dini
--	--	--

4. Perubahan dan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

a. Periode *taking in*

- 1) Periode ini terjadi pada 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- 3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- 4) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka serta persiapan proses laktasi aktif.

b. Periode *taking hold*

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.

- 5) Pada masa ini, biasanya ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- 6) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.

c. Periode *letting go*

- 1) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- 2) 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 sosial.
- 3) Depresi *post partum* umumnya terjadi pada periode ini.

(Sulistyawati, 2009)

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Kebersihan diri

- 1) Menganjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Menyarankan untuk mengganti pembalut saat darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.

- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir setelah selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- 5) Jika mempunyai luka *episiotomi*, hindari untuk menyentuh daerah luka.

b. Istirahat

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

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyaman untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

c. Latihan

- 1) 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.
- 2) Menjelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu seperti senam nifas dan latihan *kegel*.

d. Kebutuhan gizi

Pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain :

- 1) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- 2) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
- 3) Minum minimal 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- 4) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas setidaknya selama 40 hari post partum
- 5) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

e. 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.

f. Hubungan perkawinan / rumah tangga

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

(Prawirohardjo, 2006).

g. Keluarga berencana

Keluarga berencana adalah keluarga yang berkualitas yaitu keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan. (BPPPK, 2010). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga

Berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya.

Konseling yang baik juga akan membantu klien 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:

- 1) SA : Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- 2) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.
- 3) U : Uraikan kepada klien 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).

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

(BPPPK, 2006).

6. Ketidaknyamanan dan Penanganannya

- a. 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

- b. Sembelit.

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

- c. 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).

- d. 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).

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

- a. Perdarahan per vaginam.
- b. Infeksi masa nifas.
- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur.
- d. Pembengkakan diwajah atau ekstremitas.
- e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih.
- f. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan sakit.
- g. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama.
- h. Rasa sakit, merah dan pembengkakan kaki.
- i. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri.

(Sulistyawati, 2009).

2.1.4. Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan (37 minggu sampai 42 minggu), lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat.

(Marmi, 2012).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm

- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 60-40 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia, perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada

(Marmi, 2012).

3. Perawatan Bayi Baru Lahir

1. Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Ganti handuk basah dengan handuk kering.

2. Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu minimal 1 jam.

3. Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi.

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

4. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

Tempatkan bayi baru lahir di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusukan bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.

(APN, 2008 : 128).

5. Pencegahan infeksi pada tali pusat bayi baru lahir

Upaya yang dilakukan dengan cara merawat tali pusat agar tetap bersih, tidak terkena air kencing, kotoran bayi atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan di sebelah bawah tali pusat. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur pada luka tali pusat, sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal. Tanda-tanda infeksi tali pusat antara lain kulit sekitar tali pusat berwarna kemerahan, ada pus/nanah dan berbau busuk.

6. Pencegahan infeksi pada kulit bayi baru lahir

Beberapa cara yang diketahui dapat mencegah terjadi infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi,

sehingga menyebabkan terjadinya kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat non patogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk dan terkandung dalam ASI.

7. Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan dahulu, membersihkan kedua mata bayi segera setelah lahir dengan kapas DTT. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep/obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (Tetrasiklin 1%).

8. Imunisasi

Pada daerah resiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetesan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi Hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah resiko tinggi, pemberian imunisasi Hepatitis B dianjurkan pada bayi segera setelah lahir.

(Muslihatun, 2010).

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Adaptasi neonatal menurut Muslihatun (2010) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan intrauterine ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis.

a. Sistem Pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang tiba-tiba setelah bayi lahir sehingga menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong kebagian perifer paru untuk kemudian di absorpsi. Tekanan intra toraks yang negatif disertai dengan aktivasi nafas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk kedalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas, udara dari luar mulai mengisi jalan nafas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

b. Jantung dan Sirkulasi Darah

Penutupan duktus arteriosus terjadi 3 minggu setelah lahir. Sedangkan penutupan duktus venosus terjadi dalam 3-7 hari. Dampak pemotongan umbilikus terhadap hemodinamik sirkulasi janin menuju sirkulasi bayi adalah penutupan duktus arteriosus melalui proses yaitu (1) Sirkulasi plasenta terhenti, aliran darah ke atrium kanan menurun, sehingga tekanan jantung menurun, tekanan rendah di aorta hilang sehingga tekanan jantung kiri

meningkat, (2) Resistensi pada paru-paru dan aliran darah ke paru-paru meningkat, hal ini menyebabkan tekanan ventrikel kiri meningkat.

c. Sistem pencernaan

Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut *mekonium*. Pada 24 jam pertama neonatus mengeluarkan *mekonium*. Pada saat lahir aktivitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan. Volume lambung 25-50 ml. pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 ml.

d. Hepar, terjadi kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang.

e. Metabolisme, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/ 100 ml. untuk memfungsikan otak, bayi baru lahir memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Seorang bayi yang mengalami hipotermi pada saat lahir akan mengalami hipoksia, maka ia akan menggunakan persediaan glikogen dalam jam pertama kelahiran.

f. Produksi panas (suhu tubuh), BBL memiliki kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perbedaan suhu $0,6^{\circ}$ C dengan kondisi diluar dan didalam uterus. Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi yaitu luasnya

permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

(Marmi, 2012).

5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

- a. Pernapasan, normalnya pernapasan bayi baru lahir normal adalah 30-60x/menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih
- b. Warna Kulit bayi baru lahir aterm warna kulitnya kemerahan, tidak pucat atau kebiru-biruan.
- c. Denyut Jantung bayi baru lahir normal antara 100-160x/menit.
- d. Suhu Aksiler bayi baru lahir adalah 36,5 derajat celcius sampai dengan 37,5 derajat celcius.
- e. Postur dan Gerakan, postur bayi baru lahir normal dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, lengan, panggul, dan lutut semi fleksi.
- f. Tonus Otot/Tingkat Kesadaran bayi baru lahir normal adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel.
- g. Ekstremitas, periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstremitas disentuh.
- h. Kulit adanya verniks caseosa, bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol. Kelainan kulit ini dianggap normal selama bayi yang baru lahir dianggap normal. Kelainan kulit ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka,

tubuh, dan punggung pada hari kedua. Kulit tubuh, punggung, dan abdomen yang terkelupas pada hari pertama juga masih dianggap normal.

- i. Tali Pusat normalnya pada bayi baru lahir normal adalah warnanya putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.
- j. Berat Badan normalnya pada bayi baru lahir normal adalah 2500-4000 gram.

(Muslihatun, 2010).

6. Penampilan dan Perilaku Bayi Baru Lahir

Kriteria fisik bayi baru lahir normal, yaitu lahir cukup bulan dengan usia kehamilan 37-42 minggu, berat badan lahir 2500-4000 gram, panjang badan antara 44-53 cm, lingkar kepala melalui diameter biparietal 31-36 cm, skor APGAR antara 7-10, tanpa kelainan congenital.

Dilihat dari kriteria neurologic neonatus normal mempunyai ciri-ciri, yaitu reflex moro/kejutan positif (+) dan harus simetris, refleks hisap positif (+) pada sentuhan palatum molle, refleks menggegam positif (+), refleks rooting positif (+) (Muslihatun, 2010).

Variasi yang normal pada bayi baru lahir, yaitu :

a. Kulit

Saat bayi lahir, warna kulit berwarna keunguan, lalu berubah menjadi kemerahan setelah bayi menangis keras dan dapat bernafas. Beberapa

kulit bayi berwarna kekuningan, hal ini merupakan respon normal tubuh terhadap jumlah sel darah merah yang banyak.

b. Kepala

Bentuk kepala pada hari pertama tidak benar-benar bulat akibat posisi dalam rahim ataupun proses persalinan yang dialami dan akan kembali ke bentuk normal dalam seminggu pertama.

c. Telinga

Bentuknya bisa tidak sama antara kanan dan kiri, kadang terlipat dan kadang berbulu. Tapi hal ini tidak akan menetap, melainkan akan menuju ke bentuk sempurna. Rambut di sekitar telinga pun akan rontok.

d. Bibir

Bibir bayi akan kering (*sucking blister*). Hal ini terjadi akibat gesekan antara bibir bayi dengan puting atau areola.

e. Payudara

Pembesaran dada dapat terjadi pada bayi baru lahir baik laki-laki maupun perempuan dalam tiga hari pertama kehidupannya. Hal ini disebut *newborn breast swelling*, yang dihubungkan dengan hormon ibu.

f. Alat Kelamin

Alat kelamin dapat terlihat membengkak atau mengeluarkan cairan. Tampilannya dapat berbeda sesuai usia kehamilan. Semakin cukup bulan labia semakin ke sisi luar. Bayi perempuan dapat mengeluarkan cairan atau mukus kemerahan dari vagina dalam minggu pertama kehidupan.

(Muslihatun, 2010).

2.2. Konsep Dasar 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 atau masalah dalam bidan kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, masa 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 pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisis data untuk diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (KepMenkes RI no. 39 tahun 2007) adalah: proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Langkah dalam standar asuhan kebidanan: (1) Pengumpulan data; (2) Interpretasi data untuk diagnose dan atau masalah actual; (3) Menyusun rencana tindakan; (4) Melaksanakan tindakan sesuai rencana; (5) Melaksanakan evaluasi asuhan yang telah dilaksanakan; (6) Melakukan pendokumentasian dengan SOAP note (Buku Panduan Penyusunan Laporan Tugas Akhir, 2014).