

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir**

##### **2.1.1 Kehamilan**

###### **1. Definisi**

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2008).

Kehamilan adalah masa dimulainya konsepsi sampai lahirnya bayi (saifuddin, 2007).

Kehamilan adalah pertemuan sperma dan ovum yang dimulai dari ovulasi, konsepsi, nidasi dan implantasi sampai dengan janin hidup didunia luar (Hanifa, 2007).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono Prawirohardjo, 2008)

Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester :

1. Trimester I (konsepsi sampai 12 minggu)
2. Trimester II (konsepsi 13 minggu sampai 27 minggu)
3. Trimester III (konsepsi 28 minggu sampai 40 minggu)

(Sarwono Prawirohardjo, 2008)

###### **2. Perubahan Anatomi dan Fisiologis pada Ibu Hamil**

Perubahan – perubahan fisiologi yang terjadi pada saat kehamilan

Trimester III meliputi :

## 1) Sistem Reproduksi

### a) Uterus

Pada akhir kehamilan dinding uterus mulai menipis dan lebih lembut. Pada minggu ke 36 kehamilan terjadi penurunan janin ke bawah rahim. Hal ini disebabkan melunaknya jaringan-jaringan dasar panggul bersamaan dengan gerakan yang baik dari otot rahim dan kedudukan bagian bawah rahim.

Sebagai gambaran dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Pada hamil ke 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.
2. Pada hamil 32 minggu, tinggi fundus uteri setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
3. Pada hamil 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar satu jari dibawah prosesus xifoideus.
4. Pada hamil 40 minggu, fundus uteri turun setinggi tiga jari di bawah prosesus xifoideus karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

### b) Vagina

Estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epitelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin (Indrayani,2011)

### c) Serviks uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari

keadaan yang relatif difusi dalam keadaan menyebar. Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

d) Ovarium

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

2) Sistem payudara

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

3) Sistem endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dari peningkatan vaskularisasi.

Aksi penting dari hormon paratiroid ini adalah untuk memasuk janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptisida pada janin, plasenta dan ibu

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. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi daripada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter

mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin.

5) Sistem pencernaan

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

6) Sistem muskuloskeletal

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

7) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester ke-3, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

#### 8) Sistem integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mencapai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum.

Dan garis hitam di pertengahan perut yang disebut linea nigra. Dan ada juga yang terdapat di muka yang disebut cloasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi.

#### 9) Sistem metabolisme

- a) Kebutuhan protein makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin
- b) Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak, dan protein
- c) Kebutuhan fosfor 2 gr dalam sehari
- d) Zat besi, 800 mgr vatau 30-50 mgr sehari
- e) Ibu hamil memerlukan cukup cairan

#### 10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

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

#### 11) Sistem Persyarafan

- a) Kompersi saraf panggul akibat pembesaran uterus
- b) Lordosis dorsokumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf

- c) Hipokalsemia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuskular, seperti kram otot atau tetani.
- d) Edema yang melibatkan saraf primer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan.

## 12) Sistem pernapasan

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

### 3. Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Kehamilan

Pada kehamilan trimester III (*periode penantian dengan penuh kewaspadaan*)

Trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar untuk menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu – waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa dirinya aneh dan jelek, serta gangguan body image. Perubahan body image dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan.

Beberapa wanita menikmati kehamilannya sampai mereka merasa badannya sangat berat dan tidak modis. Di samping itu, ibu mulai merasa sedih akan berpisah dengan bayinya dan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester III adalah saat

persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga – duga tentang jenis kelamin bayinya dan mirip dengan siapa nantinya. Bahkan mereka mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya. (Jannah, 2012)

#### **4. Ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu Hamil pada Trimester III**

##### **1. Sakit punggung bagian bawah**

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan – perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Cara mengatasi :

- a. Gunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda
- b. Hindari sepatu atau sandal hak tinggi
- c. Hindari mengangkat beban yang berat
- d. Hindari kasur yang keras untuk tidur
- e. Kompres hangat pada punggung
- f. Pijatan atau usapan pada punggung. (varney, 2007)

##### **2. Nocturia (sering berkemih)**

Peningkatan frekuensi pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan

bagian pretense (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Metode yang dapat dilakukan guna mengantisipasi atau mengatasi hal ini adalah dengan :

- a. Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya Nocturia
- b. Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih
- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari, kecuali apabila nocturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan
- e. Membatasi minuman yang mengandung bahan cafein (teh,kopi,cola)
- f. Bila tidur (khususnya malam hari) posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis

### 3. Nyeri Ulu Hati

Ketidaknyamanan ini biasanya timbul pada akhir trimester kedua hingga ketiga. Hal ini disebabkan karena adanya refluks atau regurgitasi (aliran balik esophagus yang menyebabkan timbulnya rasa panas seperti terbakar di area tersebut dengan retrosternal timbul dari aliran balik asam gastric kedalam esophagus bagian bawah. Factor penyebab terjadinya hal tersebut adalah:

- a. Produksi progesteron yang meningkat
- b. Relaksasi springter esophagus bagian bawah. Bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang spingter
- c. Kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal yang menurun dan relaksasi spingter cardia yang meningkat
- d. Pergeseran lambung karena pembesaran uterus.



Cara mengatasinya :

- a. Makan sedikit tapi sering
  - b. Hindari makanan berlemak
  - c. Hindari minuman bersamaan dengan makan
  - d. Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pencernaan
  - e. Hindari makanan berat atau lengkap sesaat sebelum tidur
  - f. Hindari rokok, kopi, coklat dan alcohol
4. Edema dependen
- a. Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal
  - b. Kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah
  - c. Peningkatan kadar permeabilitas kapiler
  - d. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring.

Cara mengatasinya :

- a. Anjurkan ibu untuk memperbaiki sikap tubuhnya, terutama saat duduk dan tidur. Hindari duduk dengan posisi kaki menggantung karena akan meningkatkan tekanan akibat gaya gravitasi yang akan menimbulkan bengkak.pada saat tidur posisikan kaki sedikit tinggi sehingga cairan yang telah menumpuk dibagian ekstraseluler dapat beralih kembali pada intraseluler akibat dari perlawanan gaya gravitasi.
- b. Hindari kaos yang ketat atau tali atau pita yang ketat pada kaki
- c. Lakukan senam secara teratur

#### 5. Kram kaki

Terjadi karena kekurangan kalsium, pembesaran uterus sehingga memerikan tekanan pada pembuluh darah pelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya :

- a. Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfony tinggi) dan cari yang high calcium
- b. Berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot yang terkena kram
- c. Gunakan penghangat untuk otot

#### 6. Sakit Kepala

Terjadi akibat kontraksi otot atau spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan dan tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah. Cara meringankan:

- a. Teknik relaksasi
- b. Masase leher dan otot bahu
- c. Penggunaan kompres panas atau es pada leher
- d. Istirahat
- e. Mandi air hangat

#### **5. Tanda bahaya kehamilan**

- a) Perdarahan pervaginam
- b) Sakit kepala hebat
- c) Masalah penglihatan
- d) Bengkak pada muka atau tangan

- e) Nyeri abdomen yang hebat
- f) Bayi kurang bergerak seperti biasa (Ari Sulistyawati, 2010)

## **6. Asuhan kehamilan terpadu**

- 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 lingkar lengan atas (LiLA).

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

- c. Ukur tekanan darah.

Untuk mendeteksi adanya hipertensi dalam kehamilan dan preeklamsia.

- 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.

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui 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, setiap ibu hamil harus mendapat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

i. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) meliputi :

- 1) Pemeriksaan golongan darah. Untuk mempersiapkan calon pendonor darah sewaktu-waktu diperlukan jika terjadi kegawatdaruratan.
- 2) 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.
- 3) Pemeriksaan protein dalam urin. Untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada trimester 2 dan 3 atas indikasi.
- 4) Pemeriksaan kadar gula darah. 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.
- 5) Pemeriksaan darah malaria. Di daerah endemis malaria, semua ibu hamil dilakukan pemeriksaan darah. Ibu hamil di daerah non endemis malaria, pemeriksaan dilakukan jika ada indikasi.

- 6) 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.
- 7) Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis.
- j. Tatalaksana/ penanganan kasus. Penanganan kasus harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.
- k. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) efektif. KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :
  - 1) Kesehatan ibu
  - 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
  - 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
  - 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
  - 5) Asupan gizi seimbang
  - 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
  - 7) Penawaran untuk melakukan konseling dan test HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
  - 8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI (Air Susu Ibu) eksklusif

- 9) KB (Keluarga Berencana) paska persalinan
  - 10) Imunisasi
  - 11) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brainbooster*)
- (Kementerian Kesehatan, 2010)

## **2.1.2 Persalinan**

### **1. Definisi**

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran placenta. (varney, 2008)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Prawirohardjo, 2010)

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi, sehingga menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Asuhan Persalinan Normal, 2007)

### **2. Tanda-tanda permulaan Persalinan**

#### **a. Tanda – tanda persalinan**

##### **1. Terjadinya his persalinan**

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang yang terasa sakit, yang menjalar kedepan
- b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar

- c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
  - d) Makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah
2. Blood show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)
- Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikal lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.
3. Pengeluaran Cairan
- Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil. (nurasiah, 2012)

### **3. Tahapan persalinan (kala I, II, III dan IV)**

#### **1) Kala satu persalinan**

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase-fase dalam kala satu persalinan :

- a. Fase laten pada kala satu persalinan
  - 1. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
  - 2. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm
  - 3. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam

4. Fase aktif pada kala satu persalinan
5. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
6. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)
7. Terjadi penurunan bagian terbawah janin. (APN,2008)

## 2) Kala dua persalinan

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. (APN. 2008)

Gejala dan tanda kala dua persalinan

1. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
3. Perineum menonjol
4. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala dua ditemukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah



1. Pembukaan serviks telah lengkap
2. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN. 2008)

### 3) Kala tiga persalinan

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. (APN. 2008).

Asuhan kala III :

1. Fisiologi kala III

#### *Mekanisme pelepasan plasenta*

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Oleh karena itu situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus.

Permulaan proses pemisahan plasenta dari dinding uterus atau pelepasan plasenta:

- a. Menurut duncan.

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) dirertai dengan adanya tanda darah yang keluar dari vagina apabila plasenta mulai terlepas.

- b. Menurut schultz.

Plasenta lepas mulai dari bagian tengah (sentral) dengan tanda adanya pemanjangan tali pusat yang terlihat di vagina.

- c. Terjadi serempak atau kombinasi dari keduanya.

Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta terlepas. Situs plasenta akan berdarah terus sampai uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, seluruh dinding uterus akan berkontraksi dan menekan seluruh pembuluh darah yang akhirnya akan menghentikan perdarahan dari situs plasenta tersebut.

Uterus tidak sepenuhnya berkontraksi hingga bagian plasenta lahir seluruhnya. Oleh karena itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah plasenta melepas dari dinding uterus merupakan tujuan dari penatalaksanaan kebidanan kala III yang kompeten.

*Tanda-tanda klinis pelepasan plasenta*

- a. Semburan darah

Semburan darah ini disebabkan karena penyumbatan retroplasenter pecah saat plasenta lepas.

- b. Pemanjangan tali pusat

Hal ini di sebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina.

- c. Perubahan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular (bulat)

Perubahan bentuk ini disebabkan oleh kontraksi uterus

- d. Perubahan dalam posisi uterus, yaitu uterus naik di dalam abdomen

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU akan naik, hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

*Teknik pengecekan pelepasan plasenta*

a. Perasat kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk ke dalam vagina berarti plasenta sudah lepas.

b. Perasat strassman

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil merasakan apakah ada getaran yang ditimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa ada getaran berarti plasenta sudah lepas.

c. Perasat klein

Untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

## 2. Manajemen aktif kala III

### *Definisi*

Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir lebih cepat.

### *Tujuan*

1. Mengurangi kejadian perdarahan pasca melahirkan
2. Mengurangi lamanya kala III
3. Mengurangi penggunaan transfusi darah
4. Mengurangi penggunaan terapi oksitosin (Ari Sulistyawati. 2010)

### *Komponen manajemen aktif kala III*

1. Pemberian oksitosin IM segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Masase fundus uteri (APN. 2008)

## **4) Kala empat persalinan**

### Asuhan kala IV

Setelah plasenta lahir:

1. Lakukan rangasangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.

3. Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
4. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
5. Evaluasi keadaan umum ibu
6. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. (APN. 2008)

#### **4. Perubahan psikologis selama persalinan**

##### **Perubahan Psikologis Kala 1**

Beberapa keadaan bisa terjadi pada ibu selama proses persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan. Kondisi psikologi yang sering terjadi selama persalinan kala 1 :

##### **1. Fase Laten**

Ibu bisa bergairah atau cemas. Mereka biasanya menghendaki ketegasan mengenai apa yang sedang terjadi pada tubuh mereka maupun mencari keyakinan dan hubungan dengan bidannya. Pada primigravida dalam kegembiraannya dan tidak ada pengalaman mengenai persalinan, kadang mereka salah sangka tentang kemajuan persalinannya, mereka membutuhkan penerimaan atas kegembiraan dan kekuatan mereka.

##### **2. Fase Aktif**

Pada persalinan stadium dini, ibu masih tetap makan dan minum atau tertawa dan ngobrol dengan riang diantara kontraksi. Begitu persalinan maju, ibu tidak punya keinginan lagi untuk makan atau

mengobrol, dan ia menjadi pendiam dan bertindak lebih didasari naluri. Ketika persalinan semakin kuat, ibu menjadi kurang mobilitas memegang sesuatu saat kontraksi, berdiri mengangkan dan menggerakkan pinggulnya. Ketika persalinan semakin maju, ia akan menutup matanya dan pernapasannya berat dan lebih terkontrol.

## **5. Tanda Bahaya Persalinan**

### **1. Keluarnya air ketuban sebelum persalinan**

Keluarnya air ketuban sebelum persalinan dapat disebut juga dengan ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini adalah keluarnya air ketuban sebelum dimulainya persalinan. Interval ini disebut periode laten dan dapat terjadi kapan saja dari 1 hingga 12 jam atau lebih. Ketuban pecah lebih dari 24 jam sebelum kelahiran disebut pecah ketuban memanjang.

### **2. Amnionitis dan korioamnionitis**

Amnionitis adalah inflamasi kantong amnion dan cairan amnion. Sedangkan korioamnionitis adalah inflamasi korion selain infeksi cairan amnion dan kantong amnion. Amnionitis dan korioamnionitis paling sering terjadi akibat pecah ketuban yang lama (lebih dari 24 jam) dengan atau tanpa persalinan memanjang.

### **3. Prolaps Tali pusat**

Terdapat 2 jenis prolaps tali pusat yaitu : menumbung dan terkemuka. Pada prolaps tali pusat menumbung, tali pusat masuk ke dalam serviks. Sedangkan pada prolaps tali pusat terkemuka, tali

pusat berada disamping bagian presentasi tetapi tidak masuk ke dalam serviks.

#### 4. Disproporsi sefalopelvik

Disproporsi sefalopelvik atau CPD adalah disproporsi antara ukuran janin dan ukuran pelvis, yakni ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervaginam.

#### 5. Difungsi uterus

Difungsi uterus merupakan diagnosis yang ditegakkan dengan mengobservasi pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu yang diperkirakan. Hal ini diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin.

#### 6. Kelelahan ibu

Kelelahan ibu harus dicegah karena memburuknya kondisi ibu yang akan membahayakan ibu dan janin yang belum lahir.

#### 7. Retensio placenta

Retensio placenta adalah terlambatnya kelahiran placenta selama setengah jam setelah persalinan. Plasenta harus segera dikerluarkan karena akan menimbulkan perdarahan.

### 6. Standart Asuhan Post Operasi

Perawatan Pasca Bedah *Caesar*

Menurut Mochtar (1998) perawatan pasca bedah meliputi :

#### a. Perawatan luka insisi

Luka insisi dibersihkan dengan alkohol dan larutan betadin dan sebagainya, lalu ditutup dengan kain penutup luka. Secara periodic pembalut luka diganti dan luka dibersihkan.

b. Tempat perawatan pasca bedah

Setelah tindakan di kamar operasi selesai, pasien dipindahkan ke dalam kamar rawat khusus yang dilengkapi dengan alat pendingin kamar udara selama beberapa hari. Bila pasca bedah kondisi gawat segera pindahkan ke unit darurat untuk perawatan bersama-sama dengan unit anastesi, karena di sini peralatan untuk menyelamatkan pasien lebih lengkap. Setelah pulih barulah di pindahkan ke tempat pasien semula dirawat.

c. Pemberian cairan

Karena selama 24 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perinfus harus cukup banyak dan mengandung elektrolit yang diperlukan, agar tidak terjadi dehidrasi.

d. Nyeri

Nyeri pasca operasi merupakan efek samping yang harus diderita oleh mereka yang pernah menjalani operasi, termasuk bedah Caesar. Nyeri tersebut dapat disebabkan oleh perlekatan-perlekatan antar jaringan akibat operasi. Nyeri tersebut hampir tidak mungkin di hilangkan 100%, ibu akan mengalami nyeri atau gangguan terutama bila aktivitas berlebih atau melakukan gerakan-gerakan kasar yang tiba-tiba. Sejak pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri masih dirasakan didaerah operasi. Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut



dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan penenang seperti suntikan intramuskuler pethidin dengan dosis 100-150 mg atau morfin sebanyak 10-15 mg atau secara perinfus.

e. Mobilisasi

Mobilisasi segera tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Mobilisasi berguna untuk mencegah terjadinya thrombosis dan emboli. Miring ke kanan dan kiri sudah dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah pasien sadar. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Pada hari kedua pasien dapat duduk selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam-dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri pasien bahwa ia mulai pulih. Kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk (semi fowler).selanjutnya secara berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dan berjalan sendiri pada hari ke 3 sampai 5 pasca bedah.

## **7. Ketuban Pecah Dini**

### **1. Pengertian KPD**

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho,2010). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu

sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba,2009). KPD didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai awitan persalinan yaitu interval periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih. Insiden KPD banyak terjadi pada wanita dengan serviks inkopenten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina (Helen, 2003). Dari beberapa definisi KPD di atas maka dapat disimpulkan bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda tanda persalinan.

## **2. Penyebab KPD**

Penyebab KPD menurut Manuaba, 2009 dan Morgan, 2009 meliputi antara lain (1) Serviks inkompeten, (2) Faktor keturunan, (3) pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genetalia), (4) overdistensi uterus, (5) malposisi atau malpresentase janin, (6) faktor yang menyebabkan kerusakan serviks, (7) riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih, (8) faktor yang berhubungan dengan berat badan sebelum dan selama hamil, (9) merokok selama kehamilan, (10) usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda, (11) riwayat hubungan seksual baru-baru ini, (12) paritas, (13) anemia, (13) keadaan sosial ekonomi. Sebuah penelitian oleh Getahun D, Ananth dkk tahun 2007 menyebutkan bahwa asma bisa memicu terjadinya ketuban pecah dini.

## **3. Faktor – faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)**

Menurut Morgan (2009), Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

a. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan (Julianti, 2001). Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan (Depkes, 2003).

Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

b. Sosial ekonomi (Pendapatan)

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi seseorang dalam memenuhi kehidupan hidupnya. Pendapatan yang meningkat tidak merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

c. Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah

melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan *grande multipara* adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008).

d. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga.

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri (Manuaba, 2009).

Menurut Depkes RI (2005), bahwa anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi (1)  $HB > 11$  gr %, tidak anemia, (2) 9-10 gr % anemia sedang, (3)  $< 8$  gr % anemia berat.

e. Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sinclair, 2003).

f. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian KPD dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008).

g. Serviks yang inkompetensik

*Inkompetensia serviks* adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar.

h. Tekanan intra uterum yang meninggi atau meningkat secara berlebihan

Tekanan *intra uterin* yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- 1) Trauma; berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis
- 2) Gemeli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban ) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin.2002)

#### **4. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2009).

## **5. Diagnosis**

Diagnosis ketuban pecah dini meragukan kita, apakah ketuban benar sudah pecah atau belum. Apalagi bila pembukaan kanalis servikal belum ada atau kecil. Penegakkan diagnosis KPD dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi :

- a. Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina.
- b. Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, vernik kaseosa, rambut lanugo dan kadang-kadang bau kalau ada infeksi.
- c. Dari pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari cairan servikalis.
- d. Test nitrazin/lakmus, kertas lakmus merah berubah menjadi biru (basa) bila ketuban sudah pecah.
- e. Pemeriksaan penunjang dengan menggunakan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban. Pemeriksaan air ketuban dengan tes leukosit esterase, bila leukosit darah lebih dari 15.000/mm<sup>3</sup>, kemungkinan adanya infeksi (Sarwono, 2010).

## **6. Pemeriksaan penunjang**

- a. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya.

- 1) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru ,menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).
- 2) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit (Manuaba, 2009).

## **7. Komplikasi ketuban pecah Dini**

Komplikasi yang biasa terjadi pada KPD meliputi ; (a) mudah terjadinya infeksi intra uterin, (b) partus prematur, (c) ) prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba, 2009). Terdapat tiga komplikasi utama yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu (a) peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas, (b) komplikasi selama persalinan dan kelahiran, (c) resiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana resiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi (Sarwono, 2010).

## **8. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan.

Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2010), meliputi :



a. Konserpatif

- 1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negativ beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea
- 4) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam

## 9. Patofisiologi

Banyak teori, mulai dari defect kromosom, kelainan kolagen, sampai infeksi. Pada sebagian besar kasus ternyata berhubungan dengan infeksi (sampai 65%). *High virulensi* berupa *Bacteroides Low virulensi*, *Lactobacillus Kolagen* terdapat pada lapisan kompakta *amnion*, *fibroblast*, jaringan *retikuler* korion dan *trofoblas*. Sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh system aktifitas dan inhibisi interleukin -1 (iL-1) dan prostaglandin. Jika ada infeksi dan inflamasi, terjadi peningkatan aktifitas iL-1 dan prostaglandin, menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi depolimerasi kolagen pada selaput korion/ amnion, menyebabkan ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan.

### 2.1.3 Nifas

#### 1. Definisi

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

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa yang dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. (prawirohardjo, 2008)

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran placenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. (varney, 2007 : hal 958).

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat – alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu. (bahiyatun, 2009).

#### 2. Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

##### a. 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.

##### b. Puerperium intermedial

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

c. Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu – minggu, berbulan – bulan bahkan tahunan.

### 3. Perubahan fisiologis masa nifas

#### 3.1 Sistem Reproduksi

##### 1. Uterus

###### 1) Pengeluaran rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs placenta akan menjadi neurotic (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya :

Tabel 2.1 Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada Sistem Reproduksi

No	Kondisi setelah bersalin	TFU	Berat
1.	Saat bayi baru lahir	Setinggi pusat	1000 g
2.	Akhir kala III	2 jari dibawah pusat	500 g
3.	1 minggu post partum	Pertengahan pusat simpisis	500 g
4.	2 minggu postpartum	Di atas simpisis	350 g
5.	6 minggu postpartum	Tak teraba	50

## 2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism lebih cepat berkembang daripada kondisi asam pada vagina normal. Lochea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda – beda pada setiap wanita. Loche yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lochea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, yaitu :

### a. Lochea rubra

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke 4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa – sisa placenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

### b. Lochea sanguinolenta

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

### c. Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatankarena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi

placenta. Keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

d. Lochea alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2 – 6 minggu post partum.

e. Lochea purulenta

Lochea yang berbau busuk dan mengeluarkan nanah akibat terjadi infeksi.

f. Lochea stasis

Pengeluaran lochea yang tidak lancar.

3) Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan eksternum tidak sama waktu sebelum hamil.

## 2. Vagina dan vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur – angsur akan muncul kembali, sementara *labia* menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka – luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya) kecuali bila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan *sellulitis* yang dapat menjalar sampai terjadi *sepsis*.

## 3. Perineum

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

### 3.2 Sistem pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena 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.

Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2 – 3 hari dapat diberikan obat laksansia.

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

### 3.3 Sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12 – 36 jam postpartum.

### 3.4 Sistem muskuluskeletal

Otot – otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh – pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot – otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan.

Ligament – ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, serta berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi rotrefleksi karena ligamentum rotundum menjadi



kendor. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fasia dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan.

### 3.5 Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menopang aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2 – 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Pada persalinan vagina kehilangan darah sekitar 200 – 500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC pengeluaran 2 kali lipatnya.

### 3.6 Sistem hematologi

Selama minggu – minggu akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta factor – factor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan factor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetapi tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000 –

30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama. (Sulistyawati, 2009)

#### 4. Perubahan adaptasi psikologis masa nifas

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

##### 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. Ia mungkin akan mengulang – ngulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang kesehatan.
- d. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

##### 2. Periode “*Taking On*”

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2 – 4 post partum
- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuan menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, 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 ibu biasanya sedikit sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal – hal tersebut.

3. Periode “*Letting Go*”

a. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah. 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 postpartum umumnya terjadi pada periode ini

#### 4. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Tabel 2.2 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>- Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.</li> <li>- Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>- Pemberian ASI awal.</li> <li>- Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir.</li> <li>- Menjaga bayi tetap sehat, mencegah hypothermi.</li> </ul>
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.</li> <li>- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</li> <li>- Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</li> <li>- Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ul>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami</li> <li>- Memberikan konseling KB secara dini.</li> </ul>

(Sulistiyawati. 2009)

## 5. Tanda Bahaya Nifas

1. Lelah dan sulit tidur
2. Nyeri atau panas saat berkemih, nyeri abdomen
3. Sembelit, hemoroid
4. Sakit kepala terus – menerus dan penglihatan kabur
5. Lokia berbau busuk

Ini disebabkan oleh adanya infeksi pada masa nifas yang mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman – kuman ke dalam alat genetalia pada waktu persalinan dan nifas. Dalam hal ini demam dapat terjadi hingga mencapai suhu  $>38^{\circ}\text{C}$  disertai menggigil akibat infeksi yang terjadi.

6. Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir atau retensio placenta.

7. Payudara berubah menjadi merah, panas dan sakit

- 1) Bendungan air susu

Pada permulaan nifas apabila bayi belum menyusui dengan baik atau kemudian apabila kelenjar – kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna terjadi pembendungan air susu ibu. Payudara panas, keras dan nyeri pada perabaan serta suhu tubuh naik. Putting susu mendatar dan ini dapat menyebabkan bayi sulit untuk menyusui.

- 2) Mastitis

Infeksi terjadi melalui luka pada puting susu tetapi mungkin juga melalui peredaran darah. Tanda – tandanya antara lain :

- a. Rasa panas dingin disertai dengan kenaikan suhu
  - b. Penderita merasa lesu
  - c. Tidak ada nafsu makan
8. Edema pada tungkai dan wajah
  9. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri (Sulistyawati, 2009)

#### **2.1.4 Bayi Baru Lahir**

##### **1. Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi Baru Lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram.

##### **2. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir**

1. Pernapasan – sulit atau lebih dari 60x per menit
2. Kehangatan – terlalu panas (> 38 derajat selsius atau terlalu dingin <36 derajat celsius)
3. Warna – kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
4. Pemberian makan – hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.

5. Tali pusat – merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
6. Infeksi – suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah). Bau busuk, pernapasan sulit
7. Tinja atau kemih – tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua atau ada lendir atau darah pada tinja
8. Aktivitas – menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

### **3. Perawatan Bayi Baru Lahir**

Mekanisme kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara - cara berikut :

a. Evaporasi

Adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b. Konduksi

Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

c. Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.

d. Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. (APN. 2008)

#### 4. Standar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

##### 1. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir mengacu pada pedoman Asuhan Persalinan Normal yang tersedia di puskesmas, pemberilayanan asuhan bayi baru lahir dapat dilaksanakan oleh dokter, bidan atau perawat. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung (ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar, bayi berada dalam jangkauan ibu selama 24 jam). Asuhan Bayi Baru Lahir meliputi :

1. Pencegahan Infeksi
2. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi
3. Pemotongan dan perawatan tali pusat
4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Biarkan Kulit Bayi Bersentuhan Dengan Kulit Ibu Minimal Selama Satu Jam, Bila Menyusu Awal Terjadi Sebelum 1 Jam, Biarkan Bayi Tetap Di Dada Ibu Sampai 1jam

5. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
6. Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri



Semua BBL harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

7. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal dipaha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan Vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8. Pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata antibiotika dosis tunggal

Salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata (Oxytetrasiklin 1%).

9. Pemeriksaan bayi baru lahir

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

10. Pemberian ASI eksklusif sampai usia bayi 6 bulan dan tanpa tambahan makanan apapun

11. Rawat Gabung

Ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar, berada dalam jangkauan ibu selama 24 jam. Berikan hanya ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Tidak diberi dot atau kempeng.

## 12. Kunjungan Neonatal

Adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

- a. Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
- c. Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.

(Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pelayanan kesehatan anak)