

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan merupakan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Kusbandiyah, 2010).

2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan pada Trimester 3

1. Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Vulva

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

b. Serviks Uteri

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

c. Uterus

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

d. Ovarium

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

2. Sistem Payudara

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

3. Sistem Endokrin

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

4. Sistem Perkemihan

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

5. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat.

6. Sistem Musculoskeletal

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

7. Sistem Kardiovaskuler

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

8. Sistem Integument

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

9. Sistem Metabolisme

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

- a. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan, perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan

laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi $\frac{1}{2}$ g / kg BB atau sebutir telur setiap hari.

- c. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- d. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi :
- e. Kalsium 1,5 g setiap hari, 30- 40 g untuk pembentukan tulang janin.
- f. Fosfor rata rata 2 g sehari.
- g. Zat besi 800 mg atau 30-50 mg sehari.

10. Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg.

11. Sistem pernafasan

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

2.1.3 Perubahan Psikologis pada kehamilan Trimester 3

Trimester ketiga sering di sebut dengan periode penantian dengan penuh kewaspadaan, pada trimester ini wanita mulai menyadari bahwa bayi sebagai makhluk hidup terpisah sehingga ibu tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapanpun, hal ini membuat berjaga-jaga sementara ibu memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul.

Trimester ketiga merupakan waktu persiapan yang aktif menanti kelahiran bayi dan akan segera menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan di lahirkannya. Orang disekitar akan mulai membuat rencana untuk

bayi yang akan dilahirkan mulai dari memilih nama, dan mempersiapkan pakaian untuk bayi yang akan di lahirkan.

Sejumlah kekuatan muncul pada trimester tiga, wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupan sendiri. Dan wanita juga mengalami duka lain ketika ia mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa selama ia hamil, perpisahan antara ia dengan bayinya tidak dapat di hindari, perasaan kehilangan karena uterusnya yang penuh tiba-tiba akan mengempis dan ruang tersebut menjadi kosong. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih tergantung pada orang lain.

Wanita juga akan merasakan ketidak nyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan, wanita akan merasakan canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan tang sangat besar, dan konsisten dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ke tiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan, alternatif posisi dalam hubungan seksual dan metode alternatif untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau menimbulkan perasaan bersalah jika ia merasa tidak nyaman dengan cara-cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi mereka dengan anda menjadi sangat penting (varney,2007)

2.1.4 Sering kencing (Nocturia)

1. Definisi

Nocturia adalah berkemih dimalam hari dapat merupakan gejala penyakit

ginjal atau dapat terjadi pada orang yang minum dalam jumlah besar sebelum tidur, nokturia merupakan berkemih berlebihan atau sering pada malam hari (potter, 2006).

Nokturia adalah pola disuria yang terjadi pada malam hari. Pada nokturia mungkin disebabkan karena produksi urin meningkat ataupun karena kapasitas kandung kemih yang menurun (Muttaqim, 2011).

Nokturia adalah berkemih empat kali atau lebih di malam hari. Seperti frekuensi, nokturia, biasanya dijelaskan dalam beberapa hal berpaka kali seseorang bangun dari tempat tidur untuk berkemih (Varney, 2006)

2. Etiologi

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester pertama, di mungkinkan karena terjadinya peningkatan berat pada rahim sehingga membuat itsmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung. Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih 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 (Marmi, 2011).

- a. Pembesaran uterus pada rongga pelvic yang menyebabkan tekanan pada kandung kemih selama trimester pertama, nokturia berikut terjadi pada trimester ketiga.
- b. Tekanan yang berasal dari bagian janin yang termasuk kejalan lahir.
- c. Hyperplasia dan hypereremia organ pelvic

d. Peningkatan prnglusrsn ginjal (Morgan, 2009).

3. Patofisiologi

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun, hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hanni, 2011).

4. Tanda Bahaya

- a. Wanita hamil beresiko untuk terkena infeksi saluran kemih dan pylonefritis karena ginjal dan kandung kemih berubah.
- b. Dysuria
- c. Oligoria
- d. Asistomatik bakteriuria yang umum dijumpai pada kehamilan (Vivian, 2011).

5. Penatalaksanaan Nokturia pada Kehamilan

Penatalaksanaan Nokturia pada ibu hamil menurut Marmi, 2011 :

- a. Penjelasan mengenai penyebab terjadinya nokturia
- b. Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih

- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Membatasi minuman yang mengandung baha cafein (teh, kopi).
- e. Bila tidur (khususnya malam hari) posisi miring dengan kedua kedua kaki ditinggikan untuk meninggikan diuresis.

Sedangkan penatalaksanaan nokturia pada ibu hamil menurut Hani, 2011:

- a. KIE tentang penyebab BAK
- b. Kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan ingin berkemih
- c. Perbanyak minum pada siang hari
- d. Hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis
- e. Berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis
- f. Tidak memerlukan pengobatan farmakologi.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester 3

1. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minuman cukup cairan. Sumber protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2.

Pada trimester III makanan harus disesuaikan dengan keadaan badan ibu. Bila ibu hamil mempunyai berat badan kelebihan, maka makanan pokok dan

tepung di kurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit.

2. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium, rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

3. Istirahat

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

4. Pakaian

Beberapa hal yang perlu di perhatikan dalam pakaian Ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut:

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b. Bahan pakaian usahakan yang menyerap keringat

- c. Pakailah bra yang menyokong payudara
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih

5. Eliminasi

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

6. Mobilisasi

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

7. Persiapan Laktasi

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

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.
- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara

- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kepala lalu bilas dengan air hangat
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah di mulai

8. Persiapan Persalinan

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

9. Body Mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil

10. Persiapan Laktasi

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

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara

- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi.
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai

11. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

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

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan, antara lain:

a. Membuat rencana persalinan

Idealnya setiap keluarga harus mempunyai kesempatan untuk membuat suatu rencana persalinan.

- 1) Memilih tempat persalinan
- 2) Memilih tenaga terlatih
- 3) Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan
- 4) Bagaimana transportasi ke tempat persalinan
- 5) Siapa yang akan menemani pada saat persalinan
- 6) Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut

7) Siapa yang menjaga keluarga bila ibu tidak ada

b. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada.

c. Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan

Setiap keluarga seharusnya mempunyai rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan dan harus terdiri dari elemen-elemen di bawah ini:

1) Dimana ibu akan bersalin

2) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan

3) Ke fasilitas kesehatan yang mana ibu tersebut harus di rujuk

4) Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawatdaruratan

5) Bagaimana cara mencari donor darah potensial

d. Membuat rencana atau pola menabung

Keluarga seharusnya dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan.

e. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

Seorang ibu dapat mempersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan. Ia dan keluarganya dapat mengumpulkan barang-barang seperti pembalut wanita atau kain, sabun dan seprei dan menyimpannya untuk persiapan persalinan (Romauli, 2011).

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, adalah:

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri.

2. Sakit kepala yang hebat

Wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat.

3. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur, karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan.

4. Bengkak di wajah dan tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bias menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain.

5. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3

6. Gerak janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Normalnya ibu mulai merasakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan bayinya lebih awal

7. Nyeri perut yang hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester 3. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hehta, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat (Romauli, 2011).

2.1.7 Asuhan *Antenatal Care* Terpadu

Pelayanan antenatal diberikan secara terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya untuk mendeteksi faktor resiko dan penyulit yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu serta janin, untuk melaksanakan Antenatal Care (ANC) terpadu sebagai berikut :

Standart asuhan kebidanan termasuk “11 T”, meliputi :

1. Timbang Berat Badan

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

2. Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

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

3. Ukur Tekanan Darah

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

4. Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

5. Hitung Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

6. Tentukan Presentasi Janin

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

7. Beri Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, Ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, Ibu hamil di skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada Ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi Ibu saat ini.

Tabel 2.1 Tabel Pemberian TT

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

(Sumber : KeMenkes, 2010:16)

8. Beri Tablet Tambah Darah

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

9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) meliputi :

a. Pemeriksaan golongan darah

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

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin dalam darah (Hb)

Pemeriksaan Hb dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui Ibu hamil tersebut

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

c. Pemeriksaan protein dalam urine

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

d. Pemeriksaan kadar gula darah

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

e. Pemeriksaan tes HIV

Pemeriksaan HIV terutama daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan Ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV (Kep Menkes Pedoman ANC Terpadu, 2010).

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dalam lahir melalui jalan lahir. Proses ini diawali dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk, 2011).

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

2.2.2 Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Tanda-tanda 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.masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- 1) Ringan di bagian atas, dan rasa sesaknya berkurang
- 2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan menganjal
- 3) Terjadinya kesulitan saat berjalan
- 4) Sering kencing (*follaksuria*)

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 :

- 1) Rasa nyeri di bagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur

- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- 4) Durasinya pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

2. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)

a. Terjadinya HIS persalinan

His adalah kontraksi yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim di mulai pada 2 *face maker* yang letaknya di dekat *cornu uteri*. His yang dapat menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu yang di sebut dengan his efektif. His efektif yaitu his yang irama teratur dan sering lama his berkisar 45-60 detik .

Pengaruh his sehingga menimbulkan pembukaan yaitu : terdapat desakan daerah uterus (meningkat), terdapat penurunan janin, korpus uteri (dinding menjadi tebal) , terdapat itsmus uterus (teregang dan menipis), terdapat penipisan dan pembukaan.

Ciri-ciri his persalinan yaitu :

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar.
- 3) Terjadi perubahan pada serviks

b. Keluarnya lendir bercampur darah pervagina (*blood show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lender dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah di sebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu mengeluarkan air ketuban akibat robeknya selaput ketuban, jika ketuban sudah pecah maka dapat di targetkan bahwa persalinan dapat berlangsung selama 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan dapat di selesaikan dengan tindakan tertentu.

d. Effacement dan pembukaan

Pada saat pemeriksaan dalam serviks mendatar dan sudah ada pembukaan. (Marmi, 2012)

2.2.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. *Passenger* (janin, air ketuban dan plasenta)

a. Janin

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

b. 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.

c. Plasenta

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

2. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

a. Jalan lahir terdiri atas :

1) Jalan lahir keras (pelvik atau panggul)

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

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

2) 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*.

3) 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

3. *Power* (kekuatan)

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

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

- c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
- d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum

4. *Psikis*

banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan di saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Peranan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan.

5. *Penolong (bidan)*

peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Marmi, 2012).

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

1. Perasaan takut ketika hendak melahirkan.
2. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga.
3. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan.
4. Perasaan tidak enak, sering berpikir apakah persalinan akan berjalan normal.
5. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
6. Sering berpikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
7. Sering berpikir apakah bayinya akan normal atau tidak.
8. Keraguan akan kemampuannya dalam merawat bayinya kelak (Marmi, 2012).

2.2.5 Fase Persalinan

1. Kala I (kala pembukaan)

Ipertu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar, darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler seekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10cm)

Persalinan kala I dibagi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat sejak awal kontraksi yang menyebabkan peipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam fase 3 subfase.
 - 1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam pembukaan 4 cm.
 - 2) Periode dilaktasi maksimal : berlangsung Selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - 3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukan mejadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan

bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan muligravida 2 cm/jam.

Mekanisme pembukaan serviks berbeda antar primigravida dan multigravida. Pada primi gravid ostium uteri uteri internum akan membuka otot lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada waktu yang sama.

2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda gejala kala II

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat terbuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

Tabel 2.2 Lama Persalinan

Lama Persalinaan		
	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
TOTAL	14 ½ jam	7 ¾ jam

(Sumber : Rohani, 2011)

3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV.

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan dan pemantauan pada kala 1V

- 1) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijataan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
- 3) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan,
- 4) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi)
- 5) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- 6) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Rohani, 2011)

2.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut JNPK-KR, 2008 tentang tanda bahaya persalinan meliputi :

1. Riwayat bedah sesar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5. Ketuban pecah lama (>24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda atau gejala infeksi

10. Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primi para dalam fase aktif, kepala masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi ganda(majemuk)
16. Kehamilan ganda atau gemelli
17. Tali pusat menubung
18. Syok

2.1.7 Standar Asuhan Persalinan Normal

Standar Asuhan Persalinan Normal

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala I persalihan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10cm)

Persalihan kala I dibagi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara berharap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam

b. Fase aktif.

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap

- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm
 - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)
- a. Tanda dan Gejala Kala II
 - 1) Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - 2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - 3) perineum tampak menonjol
 - 4) Vulva dan sfingter ani membuka
 - b. Pastikan kelengkapan persalinan peralatan, bahan dan obat-obatan
 - 1) Cek kelengkapan alat
 - a) Oksitosin
 - b) S spuit
 - 2) Siap diri
 - a) Pakai celemek plastik
 - b) cuci tangan
 - c) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
 - d) Masukkan oksitosin ke dalam spuit dan di letakkan ke dalam partus set

- c. Pastikan pembukaan lengkap
 - 1) Membersihkan vulva dan perineum
 - 2) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
 - 3) Dekontaminasi sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %
 - 4) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan DJJ dalam batas normal
- d. Siap ibu dan keluarga
 - 1) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menentukan posisi
 - 2) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran
 - 3) Lakukan bimbingan meneraan saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran
 - a) Jika ada His pimpin untuk meneran dan dipuji
 - b) Jika tidak ada His ibu istirahat, minum dan periksa DJJ
 - 4) Anjurkan ibu untuk jalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
- e. Persiapan pertolongan Persalinan
 - 1) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 - 2) Letakkn kain bersih dilpatan 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
 - 3) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
 - 4) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

f. Menolong kelahiran bayi

1) Lahirnya kepala

- a) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.
- b) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan seseuai yang terjadidan segera lanjutkan kelahiran bayi.
- c) Tunggu kepala bayi melakukan putaran ppaksi luar secara spontan.

2) Lahirnya bahu

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pefang secara biparental.

3) Lahirnya badan dan tungkai

- a) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala
- b) Setelah tubuh dan lengan lahir, penenelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki

g. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Penilaian aegeera bayi baru lahir

- a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif

Sambil menilai letakkan bayi di atas perut ibu dan selimut bayi

- a) Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi.
 - b) Jika bayi menangis kuat dan aktif, lanjutkan kelangkah selanjutnya
- 2) Meringkakan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagiaann tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk/kain yang kering dan membirkan bayi di atas perut ibu
 - 3) Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
 - 4) Beritahu ibu bahwa akan disuntik agar uterus berkontraksi baik
 - 5) Suntikan oksitosi 10 unit IM dip aha 1/3 paha atas bagian distal.
 - 6) Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi
 - 7) Potong tali pusat di antara 2 klem
 - 8) Ikat tali pusat menggunakan benang DTT/steril
 - 9) Tengkurapkan bayi pada perut ibu/dada ibu (*skin to skin*) selimuti bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi
3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)
- Penegangan Tali Pusat terkendali (PTT)
- a. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
 - b. Letakkan tangan dia atas perut ibu, di tepi simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tai pusat

- c. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang (dorso-kranial) secara hati-hati
 - d. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas
 - e. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta sehingga selaput terpelin kemudian lahirkan.
 - f. Lakukan masase uterus selama 15 detik
 - g. Cek kelengkapan plasenta
 - h. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina
4. Kala IV (Kala Pengawasan)
- a. Tidakan setelah pasca persalinan
 - 1) Kontraksi
 - 2) Biarkan bayi di atas perut ibu
 - 3) Timbang, tetes mata, vitamin K
 - 4) Imunisasi HB
 - b. Evaluasi
 - 1) Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c) Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pascapersalinan

- d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan tonus uteri
- 2) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
 - 3) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
 - 4) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan
 - 5) Memeriksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik
- c. Kebersihan dan kenyamanan
- 1) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi
 - 2) Buang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
 - 3) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
 - 4) Pastikan ibu merasa nyaman
 - 5) Sekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %
 - 6) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, secara terbalik
 - 7) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- d. Dokumentasi
- Lengkapi patograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV (Depkes, 2008).

2.1.8 Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian Ketuban Pecah Dini (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. Sehingga ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009).

KPD di denifisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai waktu persalinan yaitu interval periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih insiden KPD banyak terjadi pada wanita dengan serviks inkopeten, polihidramion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina (Varney, 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 :

- c. Serviks inkopeten
- d. Faktor keturunan
- e. Pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genitalia)
- f. Overdistensi uterus
- g. Malposisi atau malpresentase janin
- h. Faktor yang menyebabkan kerusakan serviks

- i. Riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih
 - j. Faktor yang berhubungan dengan berat badan sebelum dan selama hamil
 - k. Merokok selama hamil
 - l. Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda
 - m. Riwayat hubungan seksual baru-baru ini,
 - n. Paritas
 - o. Anemia
 - p. Keadaan sosial ekonomi
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Morgan (2009), kejadian Ketuban 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, dibawah atau diatas usia tersebut dapat meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan (Depkes,2003).

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

b. Sosial Ekonomi

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 mematuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

c. Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir, wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat yakni lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Varney,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 mengalami hemodeluasi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32-34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia yaitu dengan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-

kunang, pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali pada trimester pertama dan trimester ketiga (Manuaba, 2009)

e. Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, Ketuban Pecah Dini, dan resiko lahir mati 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. pathogenesis secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu KPD, wanita yang pernah mengalami atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membrane yang menjadi rapuh dan kandungan yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Varney, 2008)

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 berbau seperti amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan cirri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau

berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya menyanggal 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 meliputi :

- a. Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina
- b. Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, verniks caseosa, rambut lanugo dan kadang-kadang bau kalu ada infeksi.
- c. Dari pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari cairan servikalis
- d. Tes 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/mm³, kemungkinan adanya infeksi (Sarwono, 2010)

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

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

- 1) Tes nitrazin/lakmus, jika kertas lakmusmerah berubah menjadi biru, menunjukkan adanya air ketuban (alkalis)
- 2) Mikroskopik (tes pekis), 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,2010)

7. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi yang bisa terjadi pada KPD meliputi :

- a. Mudah terjadinya infeksi intra uterin
- b. Partus prematurus
- c. Prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba,2010).

Terdapat tiga komplikasi utama pada 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 usi kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2010), meliputi :

a. Konservatif

- 1) Pengelolaan koserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin) dan harus di rawat di rumah sakit.
- 2) Berikan antibiotic (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, di rawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sebelum inpartu, tidak ada infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu tidak ada infeksi berikan tekolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic 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 memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomelin tiap minggu, dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 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 antibiotik dosis tinggi, dan persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvic <5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea
- 4) Bila skor pelvic > 5, induksi persalinan, partus pervaginam.

2.1.8 Persalinan Lama (*Prolonged Labor*)

1. Pengertian Persalinan Lama (*Prolonged Labor*)

Persalinan lama atau *Prolonged Labor* disebut juga “Distosia”, di definisikan sebagai persalinan mal/sulit (Sarwono, 2010)

Persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Namun demikian, kalau kemajuan persalinan tidak terjadi secara memadai sealama periode itu, situasi tersebut harus segera dinilai. Sebagian besar partus lama menunjukkan pemanjangan kala satu.

Apapun yang menjadi penyebabnya, cervix gagal membuka penuh dalam jangka waktu yang layak (Sarwono, 2010)

Sedangkan menurut Chirdiono, 2004. Persalinan lama merupakan persalinan abnormal/sulit yang ditandai dengan kelambatan tau tidakadanya kemajuan proses persalinan dalam satuan waktu tertentu.

2. Penyebab Persalinan Lama

Penyebab persalinan lama dapat dibedakan menjadi 3 golongan , sebagai berikut:

- a. Kelainan tenaga (kelainan his). His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan.
- b. Kelainan janin. Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin.
- c. Kelainan jalan lahir. Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan persalinan

3. Tanda dan Gejala

Menurut Rustam Mochtar (1998) gejala klinik partus lama terjadi pada ibu dan juga pada janin.

1) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat. Di daerah lokal sering dijumpai: Ring Bandle, oedema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

- 2) Pada janin
 - a) Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negatif, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
 - b) Kaput succedaneum yang besar
 - c) Moulage kepala yang hebat
 - d) Kematian Janin Dalam Kandungan
 - e) Kematian Janin Intra Parental

Menurut Manuaba (2010), gejala utama yang perlu diperhatikan pada partus lama antara lain:

- 1) Dehidrasi
- 2) Tanda infeksi : temperatur tinggi, nadi dan pernapasan, abdomen meteorismus
- 3) Pemeriksaan abdomen : meteorismus, lingkaran bandle tinggi, nyeri segmen bawah rahim
- 4) Pemeriksaan lokal vulva vagina : edema vulva, cairan ketuban berbau, cairan ketuban bercampur mekonium
- 5) Pemeriksaan dalam : edema servikalis, bagian terendah sulit di dorong ke atas, terdapat kaput pada bagian terendah
- 6) Keadaan janin dalam rahim : asfiksia sampai terjadi kematian
- 7) Akhir dari persalinan lama : ruptura uteri imminens sampai ruptura uteri, kematian karena perdarahan atau infeksi.

4. Klasifikasi Persalinan Lama

a. Fase laten memanjang

Yaitu fase laten yang melampaui 20 jam pada primi gravida atau 14 jam pada multipara

b. Fase aktif memanjang

Yaitu fase aktif yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam pada multigravida. Dan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam 3.

c. Kala 2 lama

Yaitu kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

5. Dampak Persalinan Lama

a. Bahaya bagi ibu

Partus lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, lacerasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu, antara lain :

1. Infeksi Intrapartum

Infeksi adalah bahaya yang serius yang mengancam ibu dan janinnya pada partus lama. Bila terutam bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta

pembuluh korions ehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi, adalah konsekuensi serius lainnya. Pemeriksaan serviks dengan jari tangan akan memasukkan bakteri vagina ke dalam uterus. Pemeriksaan ini harus di batasi selama persalinan, terutama apabila dicurigai terjadinya partus lama.

2. Ruptura Uteri

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama. Terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat seksio sesaria. Apabila disporosi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala janin tidak cukup dan tidak terjadinya penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat terenggang kemudian dapat menyebabkan ruptura.

3. Pembentukan Fistula

Apabila bagian bawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul, tetapi tidak menuju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak diantaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan, karena gangguan sirkulasi .

4. Cidera Otot-otot Panggul

Suatu anggapan yang telah lama dipegang bahwa cidera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fascia penghubungnya yang merupakan konsekuensi yang tidak terletak pada persalinan pervaginannan, terutama apabila persalinannya sulit . saat kelahiran bayi, dasar panggul

mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mendedan ibu.

b. Bahaya bagi janin

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini :

- 1) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri
- 2) Trauma cerebri yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin
- 3) Cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit
- 4) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin.

Sekalipun tidak terdapat kerusakan yang nyata, bayi-bayi pada partus lama memerlukan perawatan khusus. Sementara partus lama tipe apapun membawa akibat yang buruk bayi anak, bahaya tersebut lebih besar lagi apalagi kemajuan persalinan pernah berhenti. Sebagian dokter beranggapan sekalipun partus lama meningkatkan resiko pada anak selama persalinan, namun pengaruhnya terhadap perkembangan bayi selanjutnya hanya sedikit. Sebagian lagi menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan melalui proses persalinan yang panjang ternyata mengalami defisiensi intelektual sehingga berbeda jelas dengan bayi-bayi yang lahir setelah persalinan normal (Sarwono, 2010).

6. Penatalaksanaan

Dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, manual aid pada letak sungsang, embriotomi bila janin meninggal, secsio cesaria, dan lain-lain.

a. Fase laten memanjang (prolonged latent phase)

Diagnosis fase laten memanjang di buat secara retrospektif. Jika his berhenti, pasien disebut belum in partu atau persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm, masuk dalam fase laten.

Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks :

- 1) Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum in partu.
- 2) Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
- 3) Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- 4) Jika pasien tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan seksio sesarea.
 - a) Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau)
 - b) Lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.
 - c) Berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan.
 - (1) Ampisilin 2 g I.V. setiap 6 jam
 - (2) Ditambah gentamisin 5mg / kg BB IV setiap 24 jam.

(3) Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotic pascapersalinan.

(4) Jika dilakukan seksio sesarea, lanjutkan antibiotika ditambah metrinodazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

b. Fase aktif memanjang

1) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.

2) Nilai his :

a) Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya insertia uteri.

b) Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpenetrasi.

c) Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

c. Kala Dua Lama

1. Memimpin ibu meneran jika ada dorongan untuk meneran spontan

2) Jika tidak ada mal posisi /malpresentasi berikan drip oxytocin

3) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala:

a) Jika letak kepala lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala dari stasion (0) lakukan ekstraksi vakum

- b) Jika kepala antara $1/5$ - $3/5$ di atas simfisis pubis lakukan ekstraksi vakum
- c) Jika kepala lebih dari $3/5$ di atas simfisis pubis lakukan SC.

2.2 Nifas

2.3.1 Definisi Nifas

Masa nifas (purperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Nanny, 2011).

Masa nifas (purperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Handayani, 2011).

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

Masa nifas adalah masa pulih kembali yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir pada ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil berlangsung kira-kira 6 minggu atau 40 hari (Heryani, 2012).

2.3.2 Tahap-tahap masa nifas

Tahap masa nifas dibagi dalam 3 periode :

1. Puerperium dini

Dini Puerperium yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

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

3. Remote Puerperium

Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan tahunan (Handayani, 2011).

2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

1. Kunjungan 1, 6-8 jam setelah persalinan

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Catatan: Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2. Kunjungan 2, 6 hari setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c. memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3. Kunjungan 3, 2 minggu setelah persalinan

Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

4. Kunjungan 4, 6 minggu setelah persalinan

- a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.
- b. Memberikan konseling KB secara dini (Nanny, 2011).

2.3.4 Perubahan Fisik dan Adaptasi Masa Nifas

1. Perubahan Fisik

- a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Proses involusi adalah kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan

Tabel 2.3 (Proses Involusi Uterus)

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat – simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari, akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	3-4	
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
Delapan minggu	Sebesar normal	30		

Sumber (Nanny,2011)

2) Lochea

Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

a) Lochea rubra/ merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari robekan/ luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lochea ini terdiri dari atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

b) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 hari postpartum.

c) Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lochea ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

d) Lochea alba

Lochea ini muncul lebih dari hari ke-10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati (Nanny, 2011 : 58-59).

3) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini di sebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Sulistiyawati, 2009).

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 – 8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugea akan

5) 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 (Sulistyawati, 2009)

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam berapa dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal terjadi hal demikian karena inaktifitas motilitas usus karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflex hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 sampai 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau diberikan obat laksan yang lain (Handayani, 2011).

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

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “deuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Sulistiyawati, 2009).

d. Sistem muskuluskeletal

Ligament, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Handayani, 2011).

Perubahan perubahan tanda – tanda vital

1) Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5 C - 38 C) sebagai akibat kerja keras watu melahirkan, kehilangan cairan dan

kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih 38 C pada 2 hari berturut – turut pada 10 hari yang pertama post partum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang – kurangnya 4x sehari

2) Nadi

Denyut nadi normal pada dewasa 60 - 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.

3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Handayani, 2011).

e. Perubahan Sistem Ematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000 – 30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal ifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah pada 2-3 hari postpartum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% tau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas berkisar 1.500 ml. 200 ml hilang pada saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama postpartum dan 500 ml hilang pada saat masa nifas (Handayani, 2011)

2. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Instinct adalah perasaan- perasaan dan dorongan-dorongan dari dalam untuk melakukan sesuatu yang dibawa sejak manusia itu diahirkaan. Instinct perasaan – perasan dan dorongan- dorongan dari dalam untuk bertindak sebagai seorang ibu yang selalu memberi kasih sayang kepada anaknya.

Pada waktu melahirkan anak, lebih-lebih pada kelahiran anak yang pertama kali instinct keibuaan dari wanita akan bertambah besar dan kuat, ditambah perasaan bangga bahwa ia betul-betul wanita yang dapat melaksanakan kewajibannya untuk menurunkan keturunan (Handayani, 2011).

3. Adaptasi psikologis ibu masa nifas

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan stimulasi terhadap

bayinya, berada dibawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus di ketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar biasa sekarang untuk menjadi seorang “ibu”.

Tidak mengherankan bila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali merasa kerepotan. Masa ini adalah masa rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

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

a. Periode “*Taking In*”

- 1) Periode ini terjadi 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
- 5) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, badan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan terhadap dirinya

dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

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 tumbuhannya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- 5) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- 6) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- 7) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

c. Periode “*Letting Go*”

- 1) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. 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).

2.3.5 Kebutuhan dasar ibu nifas

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutria yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Bila pemberian ASI berhasil baik, maka berat badan bayi akan meningkat, integritas kulit baik, tonus otot, serta kebiasaan makan yang memuaskan. Ibu menyusui tidaklah terlalu ketat dalam mengatur nutrisinya, yang terpenting adalah makanan yang menjamin pembentukan air susu yang berkualitas dalam jumlah yang cukup memenuhi kebutuhan bayinya.

Kekurangan gizi pada ibu menyusui dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu dan bayinya. Gangguan pada bayi meliputi proses tumbuh kembang anak, bayi bayi mudah sakit, dan mudah terkena infeksi. Kekurangan zat-zat esensial menimbulkan gangguan pada mata ataupun tulang.

2. Ambulasi

Pada masa lampau, keperawatan puerperium sangat konservatif, dimana puerperal harus tidur terlentang selama 40 hari. Kini perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini.

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan yaitu:

- a. Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium.
- b. Mempercepat involusi uterus.
- c. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin.
- d. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI (Nanny, 2011).

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama fases tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Fases yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam fases akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

4. Kebersihan diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu post partum, antara lain:

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor Karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.

- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari. Kadang hal ini terlewat untuk disampaikan kepada pasien. Masih adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya port de entre kuman penyebab infeksi rahim maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- e. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka. Ini yang kadang kurang diperhatikan oleh pasien dan tenaga kesehatan. Karena rasa ingin tahunya, tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan di perineum tanpa memperhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari tindakannya ini. Apalagi pasien kurang memperhatikan kebersihan tangannya sehingga tidak jarang terjadi infeksi sekunder.

5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- a. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan

- c. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Sulistyawati, 2008).

6. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami involusi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Oleh karena itu, bila senggamaa tidak mungkin menunggu sampai ke 40, suami/istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat waktu memberikan konseling tentang pelayanan KB (Nanny, 2011).

2.3.6 Ketidaknyamanan Pada Masa Nifas

1. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi.

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

2. Belum berkemih.

Penanganan : Dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya. Jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih, maka dilakukan kateterisasi

3. Sembelit.

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

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular. Penanganan : Pengompresan dengan es, tetapi dalam beberapa hari akan mereda. (Kenneth, dkk 2012).

2.3.7 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Heryani,2012 tentang tanda bahaya masa nifas meliputi :

1. Perdarahan per vaginam.
2. Infeksi masa nifas.
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur.
4. Pembengkakan diwajah atau ekstremitas.
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih.
6. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit.
7. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama.
8. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan kaki.
9. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamiln 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. Beberapa pengertian lain tentang bayi baru lahir.

BBL normal adalah bayi yang baru dilahirkan pada kehamilan cukup bulan (dari kehamilan 37-42 minggu) dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram dan tanpa tanda-tanda asfiksi dan penyakit penyerta lainnya.

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan patut saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin (Nanny,2010).

2.4.2 Ciri- ciri Bayi Lahir Normal

Ciri – ciri Bayi Baru Lahir menurut Wahyuni 2009, antara lain :

1. Berat badan 2500-4000 gram
2. Panjang badan lahir 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Bunyi jantung pada menit pertama kira-kira 180 denyut/menit. Kemudian turun sampai 120-140 denyut/menit
6. Pernafasan pada menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputui verniks caseosa
8. Rambut lanugo tidak terlihat lagi, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku telah agak panjang dan lunak
10. Genetalia, labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun (pada laki-laki)

11. Refleks hisap dan telan sudah terbentuk dengan baik.
12. Refleks morro sudah baik, bayi ketika dikejutkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
13. Eleminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 48 jam pertama.
14. Mekonium berwarna hitam kecoklatan

2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

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

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

1. system pernafasan

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

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

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

2. Suhu tubuh

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

a. Konduksi

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

b. Konveksi

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

c. Radiasi

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

d. Evaporasi

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

3. Metabolisme

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

4. Peredaran darah

Fetus (janin) menerima oksigen dan makanan dari plasenta, maka seluruh darah fetus harus melalui plasenta. Semua darah bercapau antara darah yang direoksigenasi dari plasenta dan darah yang dideoksigenasi ketika meninggalkan fetus untuk masuk ke plasenta. Fungsi paru-paru di jalankan oleh plasenta. Fetus tidak mempunyai sirkulasi pulmoner seperti sirkulasi pada orang dewasa. Pemberian darah secara terbatas mencapai paru-paru, hanya cukup untuk makan dan pertumbuhan paru-paru itu sendiri.

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

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

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

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

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

6. Hati

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

7. Keseimbangan asam basa

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

2.4.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

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

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang di berikan pada bayiselama jam pertama setelah kelahiran, aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir adalah :

1. menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - a. Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak langsung dengan kulit ibu.
 - b. Ganti handu atau kain yang basah, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut atau kain dan memastikan bahwa kepala lebih terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
 - c. Apabila suhu bayi kurang $36,5^{\circ}\text{C}$, segera hangatkan bayi.
2. Mengusakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya segera mungkin.
 - a. Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir dan ikatan batin serta pemberian ASI.
 - b. Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tetap siap dengan menunjukkan puting refleks. Jangan paksakan bayi untuk menyusu.
 - c. Jangan pisahkann bayi setidaknya satu jam setelah persalinan.
3. Menjaga pernafasan
 - a. Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit
 - b. Jika tidak bernafas lakukan hal-hal sebagai berikut : keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat, gosoklah punggung bayi dengan lembut.

- c. Jika belum bernafas setelah 1 menit maka lakukan resusitasi
- d. Bila bayi sianosis atau kulit biru, atau sukar bernafas atau frekuensi pernafasan $30 > 60$ kali / menit berikan oksigen dengan kateter nasal (Sudarti, dkk, 2010 : 1- 2).

4. Memberikan suntik vitamin K1

Karena system pembekuan darah pada bayi belum sempurna, semua bayi akan beresiko untuk mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan, pada semua bayi baru lahir, apabila bayi baru lahir dengan berat badan rendah, di berikan vitamin K1 (pytominadione) sebanyak 1 mg, secara intra muscular pada paha kiri. Suntikkan vitamin K1 di lakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. jika persediaan vitamin K1 dalam satu ampuls sudah di buka, sediaan tersebut tidak boleh di simpan untuk di pergunakan lagi.

5. Memberika salep mata

Salep mata antibiotic di berikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata, salep mata sebaiknya di berika satu jam setelah bayi lahir, salep mata antibiotic yang bisa diberikan adalah tetrasiklin 1%.

6. Memberikan imunisasi hepatitis B

Imunisasi hepatitis B diberikan 1-2 jam setelah ppemberian K1 secara intramuscular. Imunisasi hepatitis B bermanfaat unutup mencegah infeksi hepatitis B pada bayi baru lahir, terutama penularan ibu- bayi.

Imunisasi hepatitis B (HB 0) harus diberikan pada bayi 0-7 hari karena :

- a. Sebagian ibu hamil merupakan carrier hepatitis B.

- b. Hampir separuh bayi dapat tertular hepatitis B pada saat lahir dan ibu membawa virus.
- c. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
- d. Imunisasi hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75 % bayi dari penularan hepatitis B.

7. Melakukan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui apakah terjadi kelainan yang perlu untuk mendapatkan tindakan segera dan kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran (Saputra, 2014 : 48-54).

2.5 Asuhan Kebidanan

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

Asuhan kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien, dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan

data, analisis data untuk diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

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

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

2.5.2 Standart Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

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

Asuhan Kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien, dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen Asuhan Kebidanan adalah 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 938 th 2007) adalah : proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang befokus pada klien. Langkah dalam standar asuhan kebidanan : (1) pengumpulan data; (2) interpretasi data untuk diagnose dan atau masalah aktual; (3) menyusun rencana tindakan; (4) melaksanakan tindakan sesuai rencana; (5) melaksanakan evaluasi asuhan yang telah dilaksanakan; (6) melakukan pendokumentasian dengan SOAP note.

Standar I : Pengkajian

1. Pernyataan Standar

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

2. Kriteria Pengkajian :

- a. Data tepat, akurat dan lengkap.
- b. Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c. Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1. Pernyataan Standar

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

2. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah
 - a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
 - b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar III : Perencanaan

1. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria Perencanaan

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi kriteria, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

Standar IV : Implementasi

1. Pernyataan Standar

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

2. Kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-social-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien/keluarga (*inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- g. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- h. Melakukan tindakan sesuai standar.
- i. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar V : Evaluasi

1. Pernyataan Standar

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

2. Kriteria Evaluasi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien/keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pernyataan Standar

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

2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan

secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.