

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimana wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya dalam kehamilan dan dapat terjadi banyak gestasi misalnya dalam kasus kembar atau triplet (Arief, 2010).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam trimester pertama selama 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010).

2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester 3

1. Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Perineum

Dinding vagina mengalami banyak perubahan untuk peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

b. Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (Romauli, 2011).

c.Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dengan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh sampai menyentuh hati (Romauli, 2011).

Volume total uterus pada kehamilan matur rata-rata adalah 5 liter. Uterus mengalami peningkatan berat sekitar 1100 gram. Selama kehamilan, pembesaran uterus terjadi karena peregangan dan hipertrofi sel otot yang sudah ada dari trimester pertama kehamilan dan seterusnya. Posisi plasenta juga mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan lainnya sehingga menyebabkan uterus tidak rata yang disebut dengan tanda Piskaseck (Prawirohardjo, 2010).

Uterus mengalami kontraksi irregular yang pada keadaan normal tidak menimbulkan nyeri. Pada kehamilan tahap lanjut, kontraksi Braxton-Hicks dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan dapat disebut dengan fase labor (fase semu) (Cunningham, 2010).

Tabel 2.1
Perkiraan Tinggi Fundus Berbagai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Perkiraan Tinggi Fundus
12	Setinggi simfisis pubis
16	Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilikus
20	1-2 jari di bawah umbilikus
24	1-2 jari di atas umbilikus
28-30	Sepertiga bagian antara umbilicus dan prosesus xifoideus (tiga jari di atas umbilicus)
32	Dua bagian antara umbilicus dan prosesus xifoideus (tiga sampai empat jari di bawah prosesus xifoideus)
36-38	1 jari dibawah prosesus xifoideus
40	2-3 jari di bawah prosesus xifoideus jika terjadi <i>lightening</i>

Sumber: Buku Saku Varney, 2010

d. Ovarium

Pada trimester 3 korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena korpus luteum telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

2. Sistem Endokrin

Selama kehamilan hormone prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormone androstenedion, testoteron, dioksikortikosteron, aldosteron dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, dehidoepiandrosteron sulfat akan menurun (Prawirohardjo, 2010).

3. Sistem Payudara

Pada trimester 3 pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara. Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir keluar cairan putih seperti air susu

yang lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

Kolustrum berasal dari kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010).

4. Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul keluhan akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, glomerular filtration rate dan renal plasma flow juga akan meningkat. Ureter berdilatasi dimana sisi kanan akan lebih membesar dibanding ureter kiri. Hal ini karena ureter kiri dilindungi oleh kolon sigmoid dan adanya tekanan yang kuat pada sisi kanan uterus sebagai konsekuensi dari dekstrorotasi uterus (Prawirohardjo, 2010).

5. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar (Romauli, 2011).

6. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya. Akibatnya perubahan

sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

7. Sistem Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah (hidremia). Volume darah akan bertambah banyak kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak kira-kira 30% (Prawirohardjo, 2010).

8. Sistem Hematologi

Volume darah akan meningkat secara progresif dan mencapai puncaknya pada minggu ke-31 sampai 34 dengan perubahan kecil setelah minggu setelannya. Volume plasma darah akan meningkat kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi progesterone dan esterogen pada ginjal. Penamahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit. Eritropoetin ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20-30%, tetapi tidak sebanding dengan plasma darah sehingga akan mengakibatkan hemodilusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin dari 15 g/ dl menjadi 12,5 g/ dl. Pada kehamilan lanjut kadar hemoglobin dibawah 11 g/ dl itu merupakan suatu hal yang abnormal dan biasanya lebih berhubungan dengan defisiensi zat besi daripada dengan hipervolemia. Kebutuhan zat besi selama kehamilan kurang lebih 1.000 mg atau rata-rata 6-7 mg/ hari. Volume darah ini akan kembali seperti sediakala pada 2-6 minggu setelah persalinan. Jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5.000-12.000 / μ l dan

mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000 / μ l (Prawirohardjo, 2010).

9. Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Pada kulit digaris pertengahan perut (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut *linea nigra*. Kadang muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebih, akan hilang atau berkurang setelah persalinan (Prawirohardjo, 2010).

10. Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme tersebut sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan kalori energy tambahan untuk kehamilan normal adalah sekitar 80.000 kkal (335 kJ) atau bertambah 300 kkal per hari.
- 2) Saat aterm $\pm$ 3,5 liter cairan berasal dari janin, plasenta dan cairan amnion. Sedangkan 3 liter lainnya berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus, dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5 liter.
- 3) Hasil konsepsi, uterus dan darah ibu secara relatif mempunyai kadar protein yang lebih tinggi dibandingkan lemak dan karbohidrat. WHO menganjurkan asupan protein per hari pada ibu hamil 51 gram.
- 4) Selama kehamilan ibu menyimpan 30 gram kalsium yang sebagian besar akan digunakan untuk pertumbuhan janin (Prawirohardjo, 2010).

11. Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang sebesar 0,5 kg dan pada perempuan dengan gizi berlebih sebesar 0,3 kg (Prawirohardjo, 2010).

Tabel 2.2
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama
Kehamilan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

Sumber: Prawirohardjo, 2010

12. Sistem Pernafasan

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

2.1.3 Perubahan Adaptasi Psikologis Pada Trimester 3

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f) Merasa kehilangan perhatian.
- g) Perasaan mudah terluka (sensitive)
- h) Libido menurun (Romauli, 2011).

2.1.4 Ketidaknyamanan Trimester 3

2.1.4.1 Definisi Nokturia

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

Nokturia adalah keinginan untuk BAK lebih sering 4-8x/hari atau terbangun saat malam hari untuk BAK lebih dari sekali (Marmi, 2012).

2.1.4.2 Etiologi

Nokturia diduga memiliki dasar fisiologis karena aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena kava inferior. Bila wanita berbaring dalam posisi ini pada saat tidur malam hari, akibatnya adalah pola diural kebalikan sehingga terjadi peningkatan kecepatan filtrasi glomerulus (Varney, 2007).

2.1.4.3 Patofisiologi

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester ketiga kandung

kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih tergeser 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 kandung kemih sehingga menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hani, 2011).

2.1.4.4 Perubahan Anatomi pada Sistem Urinaria

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih) yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Saat kehamilan, ibu mengalami keinginan berkemih ketika tidur dalam posisi berbaring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Hani, 2011).

2.1.4.5 Cara Mengatasi Nokturia

- a. Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya nokturia
- b. Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.
- c. Perbanyak minum pada siang hari.
- d. Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari kecuali apabila nokturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan.

- e. Membatasi minuman yang mengandung cafein.
- f. Bila tidur (khususnya malam hari) posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis.
- g. Tidak memerlukan tindakan farmakologis (Marmi, 2012) .

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Nutrisi

Pada saat hamil harus makan-makanan yang mengandung gizi bermutu tinggi meskipun tidak harus mahal, gizi pada ibu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minuman cukup cairan (menu seimbang).

a) Kalori

Di Indonesia, kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedang untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energi. Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar (Kusmiyati, 2009).

b) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll). Bila wanita tidak hamil ; konsumsi protein yang ideal

adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium (Kusmiyati,2009).

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemik, dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 gram per hari. Pada umumnya dokter selalu memberikan suplemen mineral dan vitamin prenatal untuk mencegah kemungkinan terjadinya defisiensi (Kusmiyati,2009).

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya sudah dapat terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan tetapi dapat pula di berikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Kusmiyati,2009).

Tabel 2.3
Kebutuhan Nutrisi pada Perempuan Tidak Hamil, Hamil dan Menyusui

Nutrisi	Perempuan tidak hamil (15-18 th)	Hamil	Menyusui
Makronutrisi			
Kalori (Kcal)	2200	2500	2600
Protein (g)	55	60	65
Mikronutrisi			
Vitamin larut dalam lemak			
A (µg RE)	800	800	1300
D (µg)	10	10	12
E (mg TE)	8	10	12
K (µg)	55	65	65
Vitamin larut dalam air			
C (mg)	60	70	95
Folat (µg)	180	400	270
Niasin (mg)	15	17	20
Riboflavin (mg)	1,3	1,6	1,8
Tiamin (mg)	1,2	1,5	1,6
Piridoksin B6 (mg)	1,6	2,2	2,1
Kobalamin (µg)	2,0	2,2	2,6
Mineral			
Kalsium (mg)	1200	1200	1200
Fosforus (mg)	1200	1200	1200
Iodin (µg)	150	175	200
Iron (mg Fe Iron)	15	30	15
Magnesium (mg)	280	320	355
Zinc (mg)	12	15	19

Sumber: Prawirohardjo, 2010

2. Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan (Roumali, 2011).

3. Eliminasi

Pada trimester 3 ibu merasakan sering buang air kecil, hal ini terjadi karena adanya pembesaran janin yang menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Roumali, 2011).

4. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, *coitus* diperbolehkan sampai akhir kehamilan. *Coitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya (Roumali, 2011).

5. Istirahat

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Roumali, 2011).

6. Senam Hamil

Senam hamil pada kehamilan normal dapat dimulai pada kehamilan kurang lebih 16-38 minggu. Pelaksanaan senam hamil sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang longgar. Manfaat senam hamil dapat membantu kelancaran proses persalinan, melatih pernafasan dan relaksasi, melatih cara mengejan yang benar, mengurangi ketegangan otot-otot sendi sehingga mempermudah kelahiran (Jannah, 2012).

7. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan, antara lain ;

1. Membuat rencana persalinan
2. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada
3. Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan
4. Membuat rencana atau pola menabung
5. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan (Roumali, 2011).

8. Persiapan Laktasi

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 menghambat penyerapan keringat pada payudara.
- b) Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- c) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat
- d) Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai (Roumali, 2011).

2.1.6 Tanda bahaya kehamilan

Tanda dan gejala yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan trimester 3, adalah :

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran. Perdarahan pada akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta.

2. Sakit kepala hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

3. Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau terbayang dan berbintik-bintik. Perubahan visual mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan visual mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklampsia.

4. Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain.

5. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empudu, iritasi uterus, abrupsio plasenta, Ineksi Saluran Kencing, dan lain-lain.

6. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Hani, 2011)

2.1.7 Asuhan kehamilan terpadu

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 lingkar 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 (KeMenkes, 2010).

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. (KeMenkes, 2010)

Penentuan usia gestasi berdasarkan HPHT sering kali tidak sama dengan hasil USG, hal ini dikarenakan jika dilihat dalam HPHT, ibu tidak dapat ingat secara tepat, siklus haid tidak teratur, interval siklus haid tidak 28 hari dan pemakaian pil KB/ kontrasepsi hormonal yang mempengaruhi siklus haid dan masa ovulasi. Kelebihan USG dalam menentukan usia gestasi adalah memungkinkan perencanaan waktu persalinan yang lebih tepat berdasarkan pengukuran biometri janin. Penentuan TBJ sulit dilakukan secara akurat. Banyak faktor yang mempengaruhi yaitu pengukuran biometri janin, ras, jenis kelamin, jumlah airan ketuban, presentasi dan letak janin. Maka dari itu hasil TBJ janin

hampir tidak pernah sama dengan kenyataan berat bayi setelah lahir (Endjun, 2007).

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 (KeMenkes, 2010).

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 (KeMenkes, 2010).

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 (KeMenkes, 2010).

Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya T2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ke-3 (interval minimal dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapatkan bila telah mendapatkan dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4).

Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila

memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapat suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/ 1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2 maka bisa diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 dapat diberikan sekali suntikan TT5 bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (lebih 25 tahun).

Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan wanita mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus. (Roumali, 2011)

Tabel 2.4
Jadwal 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

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. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. (KeMenkes, 2010)

Ibu hamil menderita anemia jika Hb kurang dari 11 gr/dl. Kondisi anemia akan mengganggu tumbuh kembang janin, lahir dengan anemia, gangguan persalinan dan postpartum (Manuaba, 2007).

9. Periksa laboratorium

(rutin dan khusus) meliputi :

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

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

5) 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 (KeMenkes, 2010).

2.1.8 Kunjungan kehamilan

Secara operasional pelayanan antenatal lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut:

- a. Minimal 1 kali pada triwulan pertama
- b. Minimal 1 kali pada triwulan kedua
- c. Minimal 2 kali pada triwulan ketiga

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan komplikasi. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat (PWS-KIA, 2009).

Idealnya penjadwalan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan adalah:

- a. Hingga usia kehamilan 28 minggu, kunjungan dilakukan setiap 4 minggu.
- b. Antara minggu ke-28 hingga 36, setiap 2 minggu.
- c. Setiap minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.

Bila ibu hamil mengalami masalah, tanda bahaya atau jika merasa khawatir, dapat sewaktu waktu melakukan kunjungan.

Tabel 2.5
Pemantauan Ibu Hamil Sewaktu Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Kegiatan
Trimester pertama	Sebelum minggu ke-14	Membina hubungan saling percaya Masalah dan mengatasinya Memberitahukan hasil pemeriksaan Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan Mengajarkan dan mendorong perilaku sehat, mengenali tanda bahaya kehamilan Memberikan imunisasi tetanus toxoid, tablet besi Diskusikan mengenai kesiapan menghadapi kegawatdaruratan Jadwalkan kunjungan berikutnya Dokumentasi hasil pemeriksaan dan asuhan
Trimester kedua	Sebelum minggu ke-28	Kewaspadaan khusus terhadap eklamsi (gejala, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa proteinuria)
Trimester ketiga	Antara minggu 28-36	Palpasi abdominal untuk mengetahui kehamilan ganda
	Setelah 36 minggu	Deteksi letak janin dan tanda abdominal lain
Apabila ibu mengalami masalah/ komplikasi/ kegawatdaruratan		Diberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah yang timbul. Ibu rujukan ke dokter kandungan untuk konsultasi/ kolaborasi dalam melakukan tindak lanjut

Sumber: Romauli, 2011

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hamper cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Marmi, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (APN, 2008)

1.2.2 Tanda-tanda Persalinan

1. Penipisan dan pembukaan serviks.
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
3. Cairan lendir bercampur darah (“show”) melalui vagina (APN, 2008)

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat memengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (passenger), jalan lahir (passage), kekuatan (power), posisi ibu (positioning) dan respon psikologi (psychology response). Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan berikut ini:

1. Penumpang (passenger)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

2. Jalan lahir (passage)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal –hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat merengang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

3. Kekuatan (power)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu :

a) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4. Posisi ibu (positioning)

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu

ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Beritahu ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit. Alasan: jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus, dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Ini bisa menyebabkan hipoksia. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan member kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi, memaksimalkan gaya gravitasi. Posisi jongkok atau berdiri membantu mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri. Merangkak atau berbaring ke kiri dapat memberikan kenyamanan dan efektif untuk meneran, membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior. Posisi merangkak dapat mengurangi nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi dan dapat mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

5. Respon psikologi (psychology response)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

- a) Dukungan ayah bayi atau pasangan selama proses persalinan
- b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c) Saudara kandung bayi selama persalinan (APN, 2008)

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya:

1. Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir.
2. Kesakitan saat kontraksi dan nyeri.
3. Ketakutan saat melihat darah.

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar. Menurut Pitchard, dkk, perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan, maka akan berujung pada stress. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu meliputi:

1. Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
2. Pengalaman bayi sebelumnya.
3. Kebiasaan adat.
4. Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

Sikap negatif yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan.
2. Persalinan sebagai ancaman terhadap self image.
3. Medikasi persalinan.
4. Nyeri persalinaan dan kelahiran.

Oleh karena itu banyak sekali perubahan yang dialami ibu bersalin, maka penolong persalinan seperti bidan dituntut untuk melakukan asuhan sayang

ibu. Pada asuhan sayang ibu, penolong persalinan harus memberikan dukungan psikologis dengan cara meyakinkan ibu bahwa persalinan merupakan proses yang normal dan yakinkan bahwa ibu dapat melaluinya. Penolong persalinan dapat mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa ibu mendapat perhatian lebih dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi oleh suami dan keluarga. Sensasi nyeri yang dialami ibu bersalin berasal dari sinyal nyeri yang timbul saat otot rahim berkontraksi dan bertujuan untuk mendorong bayi yang ada di dalam rahim ke luar. Menurut Grantle Dick Reed (1933) seorang pelopor metode natural child birth (persalinan alamiah), penyebab nyeri persalinan adalah suatu fear – tension pain syndrome, yaitu sensasi yang timbul akibat kontraksi otot rahim bagian bawah, yang di persepsi ibu bersalin sebagai nyeri. Menurut beliau, persalinan itu sendiri sebenarnya tidak mengandung komponen yang menimbulkan nyeri seperti pada trauma, perlukaan jaringan, dan adanya serabut sensoris pembawa sensasi nyeri. Jadi, menurut beliau, nyeri yang timbul disebabkan oleh ketegangan mental akibat rasa takut. Perasaan nyaman dan tenang pada masa persalinan dapat diperoleh dari dukungan suami, keluarga, penolong persalinan, dan lingkungan. Perasaan ini dapat membantu ibu untuk mempermudah persalinan (Marmi, 2012).

2.2.5 Fase Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu :

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10

cm). kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (APN, 2008).

a. Fase laten

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

b. Fase aktif

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

2. Kala II

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

Gejaladan tanda dari kala II persalinan adalah :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani terbuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008)

3. Kala III

Kala III persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Tanda-tanda lepasnya plasenta:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat

Melakukan manajemen aktif kala tiga tujuannya untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta. Tiga langkah utama dalam manajemen aktif kala tiga yaitu:

- a) Berikan oksitosin 10 unit dalam waktu satu menit setelah bayi lahir.
- b) Lakukan peregangan tali pusat terkendali.
- c) Lakukan masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir (APN, 2008)

4. Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

Asuhan dan pemantauan yang diberikan setelah plasenta lahir:

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) fundus uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari dibawah pusat.
- c) Memperkirakan jumlah kehilangan darah secara keseluruhan. Umumnya kehilangan darah sebanyak 500 mL.
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu.
- f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala empat dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Selama dua jam pasca persalinan:

- (a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua
- (b) Pantau temperature suhu setiap jam selama dua jam pertama.
- (c) Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua.

- (d) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
- (e) Bersihkan dan bantu ibu mengenakan baju atau sarung bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, anjurkan untuk memeluk dan memberikan ASI.
- (f) Lengkapi asuhan asensial bagi bayi baru lahir (APN, 2008)

2.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

- 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 menumbung

18) Syok (APN, 2008)

2.2.7 Standar Asuhan Persalinan Normal

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda gejala kala II. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. Ibu merasakan tekanan pada rektum dan vagina. Perineum tampak menonjol. Vulva dan sfingterani membuka.
- 2) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial. Menggelar kain di tempat resusitasi. Menyiapkan patuhkan oksitosin 10 unit, dan spuit 3cc dalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk ke ring atau tisu.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, dari arah depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 10) Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.
- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.

- 12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran
- 15) Letakkan handuk bersih di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 17) Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva makalindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara bi parietal. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawa harcus pubis dan kemudian gerakk anarah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
- 25) Nilai segera bayi baru lahir.
- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral. Setelah 1 menit setelah bayi lahir.
- 30) Jepit tali pusat dengan klem umbilical kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.
- 31) Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.
- 32) Ikat tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Tengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusu dini.

- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang (dorso-kranial).
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir.
- 38) Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta padat empat yang telahdi sediakan.
- 39) Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masasse dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.
- 41) Evaluasikemungkinanlaserasipada vagina dan perineum. Mengambil daging tumbuh kecil dengan menggunakan mes dan menjahitnya.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
- 44) Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di pahakiri

- 45) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral 1 jam setelah pemberian vit.K
- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam:
- 47) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan mengistimesi jumlah kehilangandarah.
- 49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu dengan air DTT.Bersihkan sisa cairan ketuban, lender darah.
Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan.
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.
- 56) Celupkan kedua tangan dan lepas secara terbalik dalam larutan klorin 0,5 % rendam selama 10 menit.
- 57) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Dokumentasikan proses persalinan dan lakukan asuhan kala IV dan lanjutkan partograf (APN, 2008)

2.3 Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Saleha,2009).

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

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa Nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan di mana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. (Sulistyawati, 2009)

2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

2.3.4 Perubahan Fisik dan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

2.3.4.1 Perubahan fisiologi masa nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Pengerutan Rahim (Involusi)

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

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi dengan meraba Tinggi Fundus Uteri (TFU).

Tabel 2.8
Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gr)
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000
1 minggu	Pertengahan antara pusat symphysis	750
2 minggu	Tak teraba diatas simpisis	500
6 minggu	Normal	50

Sumber: Saleha, 2009

After pains atau mulas sesudah partus akibat kontraksi uterus selama 2-3 hari postpartum (Prawirohardjo, 2007).

Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain:

(a) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri yang terjadi didalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebarnya dari sebelum hamil.

(b) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya esterogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi esterogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua kan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium yang baru.

(c) Efek Oksitosin (kontraksi)

Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hypofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah, dan membantu proses homeostatis. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus yang membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan. Luka bekas pelekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total (Sulistyawati, 2009).

b) Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume berbeda-beda pada setiap wanita.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, yaitu:

(1) Lokhea rubra

Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan berwarna merah yang berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

(2) Lokhea Sanguilenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

(3) Lokhea Serosa

Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) Lokhea Alba

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

Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “Lokhea Purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan “Lokhea Stasis” (Sulistyawati, 2009).

c) Perubahan pada serviks

Segera setelah bayi lahir bentuk serviks agak menganga seperti corong yang disebabkan oleh corpus uteri yang berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil yang terjadi selama berdilatasi saat persalinan. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Sulistyawati, 2009).

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Pada hari pertama vulva dan vagina dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu sudah kembali dalam keadaan sebelum hamil dan rugae dalam vagina berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Biasanya terdapat luka-luka pada jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara spontan (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi yang akan menyebabkan selulitis dan dapat menjalar sampai terjadi sepsis (Sulistyawati, 2009).

e) Perineum

Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada hari ke-5 post partum, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya (Sulistyawati, 2009).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Sulistyawati, 2009).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebabnya terdapat spasme sfinker dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami tekanan kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok yang disebut “duresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine desidual (normal kurang lebih 15 cc). hal ini sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi (Sulistyawati, 2009).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, maka pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis serta fascia yang meregang pada persalinan secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Tak jarang pula banyak wanita yang mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu post partum (Sulistyawati, 2009).

5. Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum.

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada minggu ke-3 dan kemudian LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik pituitary ovarium

Lamanya wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d) Kadar esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen sehingga aktivitas prolaktin juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009).

6. Perubahan Tanda Vital

a) Suhu badan

Dalam 1 hari post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

b) Nadi

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c) Tekanan darah

Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi post partum.

d) Pernapasan

Keadaan pernapasan sberhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi abnormal maka pernapasan juga akan mengikutinya (Sulistyawati, 2009).

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah

uteri, menarik kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma darah pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Pada persalinan, ibu kehilangan darah melalui vagina sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan SC pengeluaran darah dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (haematokrit).

Setelah persalinan shunt akan hilang dengan sendirinya. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan menimbulkan decompensatio cordis pada pasien dengan vitium cordis. Umumnya ini terjadi 3-5 jam post partum (Sulistyawati, 2009).

8. Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan kadar fibrinogen dan plasma darah, serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma darah akan sedikit menurun tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum.

Jumlah Hb, Hmt dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa post partum sebagai akibat dari plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama persalinan dan post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Hmt dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 post partum, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum (Sulistyawati, 2009).

2.3.4.2 Perubahan psikologi masa nifas

1. Adaptasi psikologis ibu masa nifas

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

a. Periode “Taking In”

- 1) Terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tergantung pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya sewaktu persalinan.
- 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) Bidan bisa dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas persalinannya. bidan harus menciptakan suasana nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahannya.

b. Periode “Taking Hold”

- 1) Berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, 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-hak tersebut.
- 6) Bidan dapat memberikan bimbingan cara perawatan bayi, tetapi jangan sampai menyinggung perasaan ibu karena ia sangat sensitive. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau seperti itu salah” pada ibu karena bisa menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan bidan.

c. Periode “Letting Go”

- 1) Periode ini terjadi setelah ibu pulang kerumah. Periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan keluarga.
- 2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat bergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
- 3) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor- faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

- 1) Respon dan dukungan keluarga dan teman.
- 2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi.
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.
- 4) Pengaruh budaya (Sulistyawati, 2009)

2.3.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal untuk memproduksi ASI dan untuk memenuhi energy ibu sendiri. Selama menyusui ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc yang mengandung sekitar 600 kkal, sedangkan ibu dengan status gizi kurang biasanya memproduksi kurang dari itu.

a) Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan postpartum mencapai 500 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800 cc yang mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI aebanyak 750 kkal. Jika laktasi berlangsung lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan.

b) Protein

Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein.

Berikut ini adalah perbandingan tambahan nutrisi ibu menyusui pada wanita Asia dan Amerika.

Tabel 2.9
Perbandingan Tambahan Nutrisi Ibu Menyusui Wanita Asia dan Amerika

No.	Nutrisi	Wanita Asia	Wanita Amerika
1	Kalsium	0,5-1 gram	400 mg
2	Zat besi	20 mg	30-60 mg
3	Vitamin C	100 mg	40 mg
4	Vitamin B-1	1,3 mg	0,5 mg
5	Vitamin B-2	1,3 mg	0,5 mg
6	Vitamin B-12	2,6 mikrogram	1 mikrogram
7	Vitamin D	10 mikrogram	5 mikrogram

Sumber: Sulistyawati, 2009

Selain nutrisi tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak Omega 3 yang banyak terdapat dalam ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan dikeluarkan melalui ASI. Kalsium banyak terdapat pada susu, keju, teri dan kacang-kacangan. Zat besi banyak terdapat pada ikan laut. Vitamin C banyak terdapat pada buah-buahan seperti jeruk, mangga, apel, sirsak, tomat. Vitamin B-1 dan vitamin B-2 terdapat pada nasi, kacang-kacangan, hati, telur, ikan. Kebutuhan cairan dalam mengkonsumsi air minum adalah 3 liter sehari dengan asumsi 1 liter setiap 8 jam dalam beberapa minum, terutama setelah selesai menyusui bayinya. Ibu harus menghindari asap rokok karena zat nikotin yang terhirup ibu akan dikeluarkan lagi melalui ASI sehingga bayi dapat keracunan zat nikotin.

2. Ambulasi dini (early ambulation)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien beranjak dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi awal dilakukan dengan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien. Kegiatan ini dilakukan secara

meningkat, berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien melakukannya sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan maka dapat mengakibatkan infeksi pada saluran perkemihan. Biasanya pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan memberika dukungan pada ibu bahwa ia pasti mampu menahan rasa sakit pada luka akibat terkena air kencing.

Dalam 24 jam pertama post partum ibu juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit untuk buang air besar secara lancar. Feses akan tertahan dan mengeras karena cairan yang terkandung akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus mampu meyakinkan ibu untuk tidak takut saat buang air besar karena buang air besar tidak akan memperparah luka jalan lahir dan anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang berserat dan banyak minum air putih.

4. Personal hygiene

Beberapa langkah penting untuk perawatan kebersihan diri ibu post partum, yaitu:

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi pada bayi.
- 2) Membersihakn area genetalia dengan air bersih. Pastikan bahwa dngan membersihkan daerah vulva dahulu, dari arah depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalutsetiap kali dirasa darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.

- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah genetalia.
- 5) Jika mempunyai luka jahitan pada perineum, berhati-hati saat akan memegang daerah luka. Apalagi saat pasien kuarng memperhatikan kebersihan tangannya sehingga tak jarang terjadi infeksi sekunder.

5. Istirahat

Ibu post partum membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali kondisi fisiknya. Bidan harus menyampaikan pada pasien dan keluarganya bahwa ibu bisa kembali melakukan kegiatan rumah tangga tetapi dilakukan secara perlahan dan bertahap. Ibu diingatkan untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari yang dapat terpenuhi melalui istirahat malam dan siang.

Kurangnya istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- 1) Mengurangi produksi ASI
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayinya dan dirinya sendiri.

6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual jika darah merah berhenti dan tidak ada nyeri pada vagina. Banyak budaya dan agama yang melarang dilakukannya hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7. Latihan senam nifas

Latihan senam nifas dilakukan seawal mungkin untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit post partum. Sebelum melakukan bimbingan, bidan harus mendiskusikan dengan ibu mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya otot perut dan panggul akan mengurangi keluhan sakit punggung (Sulistyawati, 2009).

8. Proses Laktasi

ASI adalah makanan ideal bagi neonatus yang mengandung nutrient, factor imunologis antibakteri serta faktor yang berfungsi sebagai sinyal biologis untuk meningkatkan pertumbuhan dan diferensiasi sel. Pemberian ASI juga mengurangi insidensi keparahan diare, infeksi saluran napas bawah, bakteremia, meningitis bakterialis, infeksi saluran kemih. Kandungan ASI lebih tinggi dibandingkan susu formula. Dalam komposisi ASI lebih banyak mengandung kalori, lemak, karbohidrat (Cunningham, 2010).

2.3.6 Ketidanyamanan Pada Masa Nifas

1) 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.

2) Sembelit

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

3) 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

4) Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular. Penanganan: pengompresan dengan es, tetapi dalam beberapa hari akan mereda (Cunningham, 2010).

5) Putting tenggelam

Penanganan: penatalaksanaan putting susu datar atau terbenam dengan cara susui bayi secepatnya saat bayi aktif menyusui, susui bayi sesering mungkin untuk menghindari payudara terisi penuh, massage payudara dengan menarik putting serta mengeluarkan ASI secara manual, pompa ASI yang efektif (Ambarwati, 2010).

6) Putting lecet

Nyeri saat menyusui disebut *sore nipples* yang berhubungan dengan posisi menyusui dan jumlah jaringan payudara yang dimasukkan ke dalam mulut bayi tidak adekuat (Mander, 2004).

Cara mengatasi putting susu lecet dengan mengistirahatkan sementara waktu kurang lebih 1x24 jam biasanya akan sembuh dengan sendirinya dalam waktu sekitar 2x24 jam, selama putting diistirahatkan sebaiknya ASI dikeluarkan secara manual, bila terasa sangat menyakikan berhenti menyusui pada payudara yang sakit untuk sementara waktu dengan menunggu luka sembuh, perhatikan lagi posisi menyusui yang benar, berikan ASI perah pada bayi dengan sendok atau gelas (Ambarwati, 2010).

2.3.7 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang melebihi 500 ml selama atau setelah persalinan kala III.

Penyebab perdarahan pasca-persalinan yaitu atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversion uterus.

2. Infeksi masa nifas

Meningkatnya suhu badan melebihi 38°C.

3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur

Gejala eklamsia bila disertai tekanan darah yang tinggi. Pre eklamsia berat dapat ditegakkan diagnosisnya jika ada gejala tekanan diastolic ≥ 110 mmHg dan protein urine $\geq +++$, kadang disertai nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, oliguria <400 ml/ 24 jam, nyeri epigastrik dan odema paru.

4. Pembengkakan wajah dan ekstremitas

Bila bengkak pada ekstremitas curigai adanya varises, tromboflebitis dan odema. Waspada gejala lain yang lebih mengarah pada kasus pre eklamsi atau eklamsi.

5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

Setelah melahirkan terutama saat infuse oksitosin dihentikan terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih,

6. Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit

Disebabkan karena payudara tidak segera disusukan, putting susu lecet, pakaian ketat dan bisa terjadi abses payudara, masitis dan bendungan ASI.

7. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Anjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi dengan makan yang bersifat ringan setelah persalinan. Biasanya setelah persalinan ibu menjadi keletihan akibatnya hilang nafsu makan.

8. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan pada kaki

Terbentuknya tromboflebitis menyebabkan penimbunan statis dan membekunya darah pada ekstremitas bawah.

9. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri (Nurjanah, 2013).

2.3.8 Kunjungan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu:

- 1) Kunjungan nifas pertama pada 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
- 2) Kunjungan nifas kedua dalam waktu 4-28 hari setelah persalinan.
- 3) Kunjungan nifas ketiga dalam waktu 29-42 hari setelah persalinan.

Pelayanan yang diberikan adalah:

- a. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu.
- b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uteri)
- c. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
- d. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan

- e. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama (PWS-KIA, 2009).

Jadwal kunjungan rumah bagi ibu post partum mengacu pada kebijakan teknis pemerintah, yaitu 6 hari, 2 minggu, dan 6 minggu post partum. Dari pemenuhan target pertemuan antara bidan dengan pasien sangat bervariasi, dapat dilakukan dengan mengunjungi rumah pasien atau pasien datang ke bidan atau RS ketika mengontrolkan kesehatan bayi dan dirinya.

1. Enam hari post partum

Yang perlu dikaji adalah:

- a) Memastikan involusi terus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi pada payudara.
- e) Bagaimana peningkatan adaptasi ibu dalam melaksanakan perannya dirumah.
- f) Bagaimana perawatan diri dan bayi sehari-hari, siapa yang membantu, sejauh mana ia membantu.

Bentuk asuhan yang diberikan bidan dalam kaitannya dengan perubahan psikologis ibu antara lain:

- a) Bila terjadi baby blues, maka lakukan pendekatan kepada pasien dan keluarga, meningkatkan dukungan mental terhadap pasien dengan melibatkan keluarga.
- b) Menganjurkan dan memfasilitasi ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya.
- c) Membantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui sesuai permintaan bayi (on demand).
- d) Memberi pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu dan istirahat cukup.

2. Dua minggu post partum

Dalam kunjungan ini bidan perlu mengevaluasi ibu dan bayi.

Pengkajian pada ibu meliputi:

- a) Bagaimana cara merespon terhadap bayi barunya.
- b) Apakah ibu menyusui atau tidak, apakah ibu mengalami nyeri payudara (lecet, pembengkakan, merah, panas)
- c) Asupan makanan, kuantitas maupun kualitasnya.
- d) Nyeri, kram abdomen.
- e) Adanya kesulitan atau ketidaknyamanan dengan urinasi.
- f) Jumlah, bau, warna lochea.
- g) Nyeri, pembengkakan perineum, jika ada jahitan lihat kerapatan jahitan.
- h) Adanya hemoroid.
- i) Adanya nyeri, edema, dan kemerahan pada ekstremitas bawah.

- j) Tingkat kepercayaan diri ibu dalam kemampuannya merawat bayi, respon ibu terhadap bayi.
- k) Sumber-sumber dirumah seperti fasilitas kamar mandi, bagaimana suplai air, kebersihan jendela, gorden, dan lain-lain.

Pengkajian pada bayi meliputi:

- 1) Bagaimana suplai ASI, apakah ada kesulitan dalam menyusui.
- 2) Pola berkemih dan buang air besar dan frekuensinya.
- 3) Warna kulit bayi, ikterus atau sianosis.
- 4) Keadaan tali pusat, apakah ada tanda-tanda infeksi.
- 5) Bagaimana bayi bereaksi dengan lingkungan setempat termasuk apakah bayi tidur dengan nyenyak, sering menangis.

Bentuk asuhan yang diberikan dalam tahap ini antara lain:

- 1) Mendorong suami dan keluarga untuk lebih memperhatikan ibu.
- 2) Memberikan dukungan mental dan apresiasi atas apa yang telah dilakukan ibu untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilannya dalam merawat bayi dan dirinya.
- 3) Memastikan tidak ada kesulitan dalam proses menyusui.

3. Enam minggu post partum

Pengkajian (melalui anamnesa) seperti pada kunjungan 2 minggu post partum ditambah:

- 1) Permulaan hubungan seksual- jumlah waktu, penggunaan kontrasepsi.
- 2) Metode KB yang diinginkan, riwayat KB yang lalu.
- 3) Adanya gejala demam, kedinginan, pilek, dan sebagainya.
- 4) Keadaan payudara.

- 5) Fungsi perkemihan.
- 6) Latihan pengencangan otot perut.
- 7) Fungsi system pencernaan.
- 8) Resolusi lochea, apakah haid sudah mulai lagi.
- 9) Kram atau nyeri tungkai (Sulistyawati, 2009)

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi BBL

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 - 42 minggu dan berat lahir 2500 - 4000 gram (Sondakh, 2013).

Bayi baru lahir adalah bayi yang berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

2.4.2 Ciri-ciri Normal BBL

- a. Berat badan 2500 – 4000 gram
- b. Panjang badan 48 – 52 cm
- c. Lingkar dada 32 – 34 cm
- d. Lingkar kepala 33 – 35 cm
- e. Frekuensi jantung 120 – 160 x/menit
- f. Pernafasan $\pm$ 60 x/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).

2.4.3 Adaptasi BBL Terhadap Kehidupan Diluar Uteri

Penelitian menunjukkan bahwa, 50% kematian bayi dalam periode neonatal yaitu dalam bulan pertama kehidupan. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang mengakibatkan cacat seumur hidup, bahkan kematian. Pencegahan merupakan hal terbaik yang harus dilakukan agar neonatus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin sehingga neonatus dapat bertahan dengan baik karena periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Proses adaptasi fisiologi yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan baik oleh tenaga kesehatan bagi ibu, bayi dan anak.

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologi ini disebut juga homeostasis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit.

Konsep esensial adaptasi fisiologi bayi baru lahir

- a) Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi merupakan hal yang esensial dalam kehidupan ekstrauterin.

- b) Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal gastrointestinal (GI), hematologi, metabolik, dan sistem neurologi bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk maju ke arah, dan mempertahankan kehidupan ekstrauterin.

Periode transisi

- a) Periode ini merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan, yang akan dialami oleh seluruh bayi, dengan mengabaikan usia gestasi atau sifat persalinan dan melahirkan.
- b) Pada periode pertama reaktivitas (segera setelah lahir), pernapasan cepat (dapat mencapai 80x/mnt) dan pernapasan cuping hidung sementara, retraksi, dan suara seperti mendengkur dapat terjadi. Denyut jantung dapat mencapai 180x/m selama beberapa menit pertama kehidupan.
- c) Setelah respon awal ini, bayi baru lahir menjadi tenang, rileks, dan jatuh tertidur, tidur pertama ini (dikenal sebagai fase tidur) dalam 2 jam setelah kelahiran dan berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam.
- d) Periode kedua reaktivitas, dimulai waktu bayi bangun, ditandai dengan respons berlebihan terhadap stimulus, perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis, dan denyut jantung cepat.
- e) Lendir mulut dapat menyebabkan masalah besar, misalnya tersedak, tecekik dan batuk.

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir

- a) Pengalaman antepartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya, terpajan zat toksin dan sikap orang tua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak).

- b) Pengalaman intrapartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya, lama persalinan, tipe analgesik atau anestesia intrapartum).
- c) Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi ke kehidupan ekstrauterin.
- d) Kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi (Marmi, 2012).

2.4.4 Tanda Bahaya BBL

- a. Tidak dapat menyusui.
- b. Kejang.
- c. Mengantuk atau tidak sadar.
- d. Nafas cepat (>60 x/menit).
- e. Merintih.
- f. Retraksi dinding dada bawah.
- g. Sianosis sentral (APN, 2008).

2.4.5 Asuhan BBL Normal

- 1) Jaga kehangatan
- 2) Bersihkan jalan napas
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah bayi lahir
- 5) Lakukan IMD secara *skin to skin* setidaknya 1 jam atau lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri
- 6) Beri saleb mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata setelah IMD

- 7) Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral setelah IMD untuk mencegah perdarahan
- 8) Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular dipaha kanan anterolateral 1 jam setelah pemberian vitamin K1 (APN, 2008).

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Definisi

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan, dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien

2. Langkah-langkah Proses manajemen kebidanan

- a. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan
- b. Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah
- c. Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan menganstisipasi penanganannya
- d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien
- e. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek sosial yang efektif
- f. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

- g. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan denganmengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif

2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Standart asuhan kebidanan menurut KepMenkes RI no 938 tahun 2007, ialah:

1. Standar I : Pengkajian

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria pengkajian

- 1) data tepat, akurat dan lengkap
- 2) terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- 3) data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah

- 1) diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

- 3) dapat disesuaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

a. Pernyataan standart

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria perencanaan

- 1) rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komperhensifmelibatkan klien atau pasien dan atau keluarga
- 2) mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- 3) memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klienberdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 4) mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

4. Standar IV :Implementasi

a. Pernyataan standart

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.

b. Kriteria

- 1) memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko sosio-spiritual-kultural
- 2) setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga *informed consent*
- 3) melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) menjaga privacy klien/pasien
- 6) melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) melakukan tindakan sesuai standart
- 10) mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria evaluasi

- 1) penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
- 3) evaluasi dilakukan sesuai dengan standart

- 4) hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien
atau pasien

6. Standar VI :Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhanpadaformulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/ bukuKIA)

- 2) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan (Yeyeh, 2014).