

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kehamilan, Persalinan, Nifas

2.1.1. Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Awal kehamilan terjadi pada saat sel telur perempuan lepas dan masuk ke saluran sel telur. (astuti,2010:16). Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. (varney,dkk,2007:492)

2) Tanda Kehamilan Pada Trimester III

Pada usia kehamilan 28 minggu, fundus berada pada pertengahan antara pusat dan sifoideus. Pada usia kehamilan 32 – 36 minggu , fundus mencapai prosesus sifoideus. Payudara penuh dan terdapat nyeri tekan. Sering BAK kembali terjadi. Sekitar usia 38 minggu, bayi masuk/ turun ke dalam panggul. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Ibu mungkin menjadi sulit tidur. Kontraksi Braxton Hicks meningkat.

Adapun perubahan dari bulan ke bulan adalah sebagai berikut:

1. Minggu ke-28/ bulan ke-7.

Fundus berada di pertengahan antara pusat dan sifoideus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernafasan dada menggantikan pernafasan perut. Garis bentuk janin dapat di palpasi. Rasa panas dalam perut mungkin mulai terasa.

2. Minggu ke-32/ bulan ke-8.

Fundus mencapai prosesus sifoidesus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga mengalami dispnea.

3. Minggu ke-38/ bulan ke-9.

Penurunan bayi kedalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5 – 0,6 kg. Sakit punggung dan BAK meningkat dan Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan. (Vivian Nany, 2011:108)

3) Perubahan Fisiologis Pada Wanita Hamil Trimester III

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

a) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasti otot polos rahim,

serabut – serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua.

b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan

c) Posisi Rahim Dalam Kehamilan

Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Pada ibu hamil, rahim biasanya *mobile*, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

d) Vaskularisasi

Arteri uterin dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak – anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah.

e) Serviks Uteri

Kelenjar endoservical membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus.

4) Perubahan Psikologis Pada Wanita Hamil Pada Trimester III.

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran sang bayi. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu – waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan

kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan. Sering kali ibu merasa khawatir atau takut apabila bayi yang dilahirkan tidak normal. Kebanyakan ibu juga bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dapat membahayakan bayinya.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Selain itu, ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama dia hamil. Pada trimester ini, ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester ini juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga – duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka (ummi hani , 2011).

5) Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

a. Nutrisi

Pada trimester ketiga (sampai usia 40 minggu) nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur – sayuran dan buah – buahan, lemak juga harus dikonsumsi. Air menjaga keseimbangan cairan tubuh untuk itu di anjurkan minum 6-8 gelas (1500-2000ml) air putih, susu atau jus tiap 24 jam. Selain itu kurangi makanan terlalu manis, terlalu asin dan juga kafein, karena

makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan (Marmi2011:116).

Penambahan berat badan sampai dengan usia 40 minggu adalah 12,5 – 20 kg, tergantung dari ukuran tubuh dan berat badan sebelum hamil. Penambahan berat yang diharapkan pada trimester 3 adalah 0,5 kg atau kurang per minggu. Bila penambahan berat badan lebih dari 1 kg per minggu, kaji adanya masalah, bila penurunan berat badan lebih dari 2,5kg dalam 2 minggu kaji riwayat diet, uji laboratorium, dan konsultasi dengan dokter (morgan, 2009:73)

b. Istirahat/ Tidur

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan – kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin.

c. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, untuk memperlancar dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu minum dan menjaga kebersihan sekitar kelamin, karena perubahan hormonal mempengaruhi aktifitas usus halus dan besar, sehingga buang air besar mengalami obstipasi (sembelit).

Sembelit dapat terjadi secara mekanis yang disebabkan karena menurunnya gerakan ibu hamil, untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak, banyak makan – makanan berserat (sayur dan buah – buahan). Sembelit dapat menambah gangguan wasir menjadi lebih besar dan berdarah. (Marmi 2011:117)

6) Tanda Bahaya Kehamilan pada trimester III.

1. Perdarahan per vagina.

Perdarahan pada usia 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 solusio plasenta.

a. Plasenta previa

- a) Gejala dan tanda utama : perdarahan tanpa nyeri pada usia gestasi > 22 minggu, darah segar/ kehitaman dengan bekuan, perdarahan dapat terjadi setelah miksi atau defekasi, aktifitas fisik, braxton hicks atau koitus.
- b) Faktor presdiposisi : grande multipara.
- c) Penyulit lain : syok, tidak ada kontraksi uterus, bagian terendah janin tidak masuk PAP.

b. Solusio plasenta.

- a) Gejala dan tanda utama : perdarahan dengan nyeri menetap, warna darah kehitaman dan cair tetapi mungkin ada bekuan jika solusio relatif baru, jika ostium terbuka, terjadi perdarahan merah segar.
- b) Faktor predisposisi : hipertensi, versi luar, trauma abdomen, polihidramnion, gemeli, defisiensi gizi.
- c) Penyakit lain : syol yang tidak sesuai dengan jumlah daah yang keluar (tipe tersembunyi), anemia berat, melemah atau hilangnya gerak janin, hilangnya DJJ, uterus tegang dan nyeri.

2. Sakit kepala yang hebat dan menetap.

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 berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsi.

3. Perubahan visual secara tiba – tiba (pandangan 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, berbayang, dan berbintik – bintik. Perubahan visual mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat.

4. Nyeri abdomen yang hebat.

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah yang tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mungkin mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa mengarah pada apendiks, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvik, persalinan preterm, gastritis, penyakit empedu, dll.

5. Bengkak pada muka atau tangan.

Hampir separuh dari ibu – ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

6. Pergerakan bayi berkurang.

Ibu muali merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau bulan 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)

7) Standar pelayanan asuhan kebidanan pada kehamilan.

Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 11 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 11 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2010) :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Pemeriksaan tekanan darah.
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Test laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

8) Konsep dasar edema kaki (bengkak pada kaki).

a. Pengertian

Edema atau bengkak karena penimbunan cairan terutama pada tungkai tanpa hipertensi merupakan suatu adaptasi fisiologik normal

terhadap kehamilan. Penyebabnya adalah air disimpan didalam bahan dasar jaringan penyambung. Sekresi estrogen yang meningkat pada kehamilan mengubah bahan dasar dalam matriks yang kaya koloid dan kaya air. Selain itu, pada kehamilan lanjut, bertambahnya obstruksi mekanik terhadap aliran balik vena tungkai akan memperberat edema tungkai (Ilewellyn-jones,2001,94).

b. Etiologi

1. Kadar estrogen yang tinggi menyebabkan pembukuh darah mudah rapuh dan “pecah”
2. Gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena di ekstremitas bawah karena tekanan pada vena pelvis atau karena tekanan pada vena cava saat duduk atau berdiri akibat uterus yang membesar.
3. Peningkatan tekanan vena dapat disebabkan volume darah yang meningkat saat hamil.

c. Gambaran klinis.

1. Edema fisiologis merupakan edema dependen, biasanya terlihat di kaki setelah berdiri dan berkurang dengan meninggikan kaki atau bertirah baring.
2. Sangat umum terjadi pada kehamilan dan mungkin suatu tanda kondisi sehat karena menunjukkan volume darah yang miningkat.

d. Diagnosa banding

1. Preeklamsi .

- a) Biasanya edema lebih berat dari edema fisiologi.
- b) Edema tubuh menyeluruh, terutama di wajah dan tangan.
- c) Tetap ada meskipun setelah tirah baring atau meninggikan kaki.
- d) Perhatikan adanya gejala lain, yaitu : tekanan darah tinggi, protein urin, hematokrit meningkat, trombosit menurun.

2. Asupan tinggi natrium :garam tidak harus dibatasi selama kehamilan, namun konsumsi garam dalam jumlah yang berlebihan dapat menyebabkan edema.

e. Penatalaksanaan.

1. Bila terdapat edema pada pasien, buat diagnosis banding:

- a) Kaji karakteristik edema
- b) Riwayat diet :asupan tinggi natrium akhir-akhir ini.
- c) Riwayat berdiri atau duduk yang terlalu lama.
- d) Kebiasaan pemakaian ikat pinggang atau stoking yang selanjutnya mengkonstriksi sirkulasi.
- e) Periksa adanya tanda tanda gejala preeklamsi.

2. Bila diagnosis adalah edema fisiologis.

- a) Jelaskan penyebab odem kaki

- b) Hindari pemakaian baju yang terlalu ketat.
- c) Berbaring dan meninggikan kaki secara berkala sepanjang hari untuk membantu aliran balik vena.
- d) Sewaktu istirahat, berbaring miring kiri untuk menjaga agar uterus tidak menekan vena cava dan membantu aliran darah balik.
- e) Hindari konsumsi makana dengan kadar natrium berlebih.

Hubungi pelayanan kesehatan bila edema tiba-tiba menjadi berat atau menyeluruh, meskipun tindakan-tindakan diatas sudah di lakukan. (morgan:2009:346).

2.1.2 Persalinan.

1) Pengertian.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketubankeluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (stelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Johariyah, 2012:1)

2) Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang sangat penting untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komperhensif dan aman, baik

bagi pasien dan keluarganya maupun bagi petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam memberikan keputusan klinik :

a. Pengumpulan data.

Dapat dilakukan dengan cara :

a) Anamnesis dan observasi langsung.

b) Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi)

c) Pemeriksaan penunjang

d) Catatan fisik.

b. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis dan identifikasi masalah.

c. Menetapkan diagnosis atau masalah potensial.

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

e. Menyusun rencana asuhan atau intervensi.

f. Melaksanakan asuhan.

g. Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi solusi.

2. Asuhan sayang ibu dan anak.

Asuhan sayangi ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (JNPK-KR/POGI, 2008).

3. Pencegahan infeksi.

Tujuan tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan adalah :

1. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
2. Menurunkan resiko penularan penyakit mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV/AIDS (JNPK-KR/POGI, 2008).

4. Pencatatan (rekam medik)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan (JNPK-KR/POGI, 2008).

5. Rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat BAKSOKU

3) Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan.

Bagaimana terjadinya persalinan belum di ketahui secara pasti, sehingga menimbulkan bebrapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan.

Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu :

1. Esterogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim.
 - b) Memudahkan penerimaan rangsangan prostaglandin dan rangsanan mekanik.

2. Progesteron.

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim.
- b) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, dan rangsangan mekanik.
- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Teori tentang penyebab persalinan :

1. Teori peregangan

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan.

2. Teori penurunan progesteron.

- a) Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluhdarah mengalami penyempitan dan buntu.
- b) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai penurunan hormon tertentu.

3. Teori oksitosin internal.

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi braxton hicks.

- c) Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Teori prostaglandin

- a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b) Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
- c) Prostaglandin dianggap dapat memicu persalinan.

(johariyah, 2012:3)

4) Tanda dan gejala persalinan.

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (preparatory stage), dengan tanda – tanda :

1. Lightening atau settling atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak terlalu kelihatan.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering atau susah buang air kecil (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi – kontraksi lemah dari uterus, disebut “false labor pains”
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah dan bisa bercampur darah (bloody show).

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks.

Tanda dan gejala inpartu :

1. Kontraksi uterus yang semakin lama semakin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
2. Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.
3. Pada pemeriksaan dalam, dapat ditemukan pelunakan serviks dan penipisan dan pembukaan serviks.
4. Dapat disertai ketuban pecah. (johariyah, 2012:9)

5) Tahapan persalinan.

1. Kala 1

Yang dimaksud kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala 1 dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.

Kala 1 dibagi menjadi dua fase, yaitu :

a. Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm. Pada umumnya, fase laten

berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Kontraksi dimulai teratur tetapi lamanya masih 20 – 30 detik.

b. Fase Aktif

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).

Dari pembukaan 4cm sampai dengan 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2cm pada multipara. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase Aktif dibagi 3 fase, yaitu:

- a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm.
- b) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4cm menjadi 9cm.
- c) Fase deselerasi : pembukaan terjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi lengkap.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, Ostium Uteri Internum (OUI) akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian Ostium Internum Eksternum (OIE) membuka.

Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. Pada proses persalinan terjadi penipisan dan pendataran serviks dalam saat yang sama.

2. Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala II, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira – kira 2-3 menit sekal. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektori menimbulkan rasa mencedan.

Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Lama kala II pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada multigravida adalah 0,5 jam sampai 1 jam.

3. Kala III (Kala Uri)

- a. Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.
- b. Tanda – tanda lepasnya placenta adalah :
 - a) Uterus menjadi bundar.
 - b) Uterus terdorong keatas, karena placenta dilepas ke segmen bawah rahim.
 - c) Tali pusat bertambah panjang.
 - d) Terjadi perdarahan.

4. Kala IV (Kala Observasi)

- a. Adalah kala penfawasan selam 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- b. Kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam.
- c. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan pasca persalinan sering terjadi pada 2 jam pertama.
- d. Observasi yang dilakukan adalah :
 - a) Tingkat kesadaran penderita.
 - b) Pemeriksaan tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
 - c) Kontraksi uterus, tinggi fundus uteri.
 - d) Terjadinya perdarahan : perdarahan normal tidak melebihi 400-500 cc

Lama persalinan dihitung dari kala I sampai dengan kala III kemungkinan akan berbeda, dibawah ini adalah tabel perbedaan Nullipara dengan Multipara

Tabel 2.2

Lama Persalinan	Para 0	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
	$14 \frac{1}{2}$ jam	$7 \frac{3}{4}$ jam

6) Faktor yang mempengaruhi persalinan.

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh lima faktor yaitu :

1. Power (kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi :

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus keran otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrintik, ini berarti ibu tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi.

b. Tenaga mangedan.

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mangedan atau disebut dengan usaha volunter. (Nurasiah,dkk , 2012 : 31)

2. Passage (jalan lahir)

Terdiri dari :

a. Bagian keras (panggul)

Yang harus diperhatikan adalah Tulang – tulang panggul, Ruang panggul, Bidang hodge, Ukuran – ukuran panggul, dan juga Bentuk panggul.

b. Bagian lunak

Terdiri dari otot – otot dan ligamentum yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah.

- a) diafragma pelvis yaitu bagian yang menutupi panggul dari bawah yang membentuk dasar panggul.
- b) Perineum yaitu bagian permukaan dari pintu bawah panggul.

(Nurasiah,dkk , 2012 : 38)

3. Passenger (janin dan plasenta)

a. Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

a) Kepala janin.

Adalah bagian terpenting karena dalam persalinan, perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala

dapat melalui jalan lahir, maka bagian – bagian lainnya dapat ,enyusul dengan mudah.

b) Letak janin dalam uterus.

Letak janin dalam uterus sangat penting dalam mendiagnosa persalinan. Beberapa letak seperti letak lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu dan janin.

b. Plasenta.

Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi – fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

(Nurasiah,dkk , 2012:45)

4. Psikologis

Keadaan fisiologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

5. Pysician (penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk emperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan ataupun malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi (Asrinah, 2010:21)

7) Konsep Dasar KPD (Ketuban Pecah Dini)

a. Pengertian

Yang dimaksud ketuban pecah dini (KPD) adalah ketuban yang pecah spontan yang terjadi pada sembarang usia kehamilan sebelum persalinan dimulai. (rayburn, carey, 2001:80)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (manuaba,2001)

Definisi ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/ sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). (nugroho,2012:150)

b. Etiologi

Penyebab dari KPD tidak atau belum diketahui secara jelas maka usaha preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi.

Faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi KPD, antara lain:

- a) Selaput ketuban yang abnormal
- b) Inkompetensi serviks
- c) Kehamilan ganda
- d) Polihidramnion
- e) Trauma
- f) Distensi uteri
- g) Stress maternal
- h) Stress fetal
- i) Infeksi
- j) Serviks yang pendek
- k) Prosedur medis

(Marmi,dkk, 2011:104)

c. Diagnosis

Secara klinik ketuban pecah dini tidak sukar di buat anamnesa pada klien dengan keluarnya air seperti kencing dengan dengan tanda-tanda yang khas sudah dapat menilai itu mengarah ke ketuban pecah dini. Untuk menentukan betul tidaknya ketuban pecah dini. Untuk menentukan betul tidaknya ketuban pecah dini bisa dilakukan dengan cara :

- a) Adanya cairan yang berisi mekonium, verniks kaseosa, rambut lanugo, atau bila telah terinfeksi maka akan tercium bau.

b) Pemeriksaan inspekulo, lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah, atau terdapat cairan ketuban pada fornix posterior.

c) Terdapat infeksi genital (sistemik)

d) Gejala chorioamnionitis

1. Maternal : demam (dan takikardi), uterine tenderness, cairan amnion yang keruh dan berbau, leukositosis (peningkatan sel darah putih) meningkat, leukosit esterase (LEA) meningkat, kultur darah / urin.

2. Fetal : takikardi, volume cairan ketuban berkurang. (marmi, dkk, 2011:105)

d. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

1. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau, dan PH-nya.

2. Cairan yang keluar dari vagina ini kemungkinan air ketuban, urine, atau sekret vagina.

3. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. pH air ketuban 7-7,5, darah

dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

4. PH Sekret vagina ibu hamil adalah 4,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna.
5. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

1. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri.

Pada kasus KPD, terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. (Nugroho, 2012:154).

e. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya.

Penatalaksanaan KPD masih menjadi dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan meningkatkan angka kejadian bedah

sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan angka kejadian chorioamnionitis.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus di pastikan bahwa tidak akan terjadi RDS (Respiratory Distres Syndrome), dan kalau mempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin.

gantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan Ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin.

Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang di ikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningginya morbiditas dan mortalitas pada janin.

Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten.

Ada 2 faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil tindakan atau sikap ada ibu dengan KPD dan ada atau tidak nya tanda-tanda infeksi pada ibu. Adapun penatalaksanaannya sebagai berikut :

1. Konservatif

- a. Rawat dirumah sakit.
- b. Beri antibiotika : bila ketuban pecah >6jam berupa ampisilin 4 x 500 mg atau gentamycin 1 x 80 mg.
- c. Umur kehamilan <32-34 minggu : dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal sangat tergantung pada perawatan bayi premature)
- e. Nilai tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda infeksi intrauterine).
- f. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin.

2. Aktif

- a. Kehamilan >35 minggu : induksi oksitosin, bila gagal dilakukan seksio caesaria.

Cara induksi : 1 ampul syntocinon dalam dekstrose 5%, dimulai 4 tetes/menit, tiap 1/4 jam dinaikkan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/menit.
- b. Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan seksio caesarea.

- c. Bila ada tanda infeksi : beri antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri..

(nugroho,2012:154)

2.1.3 Nifas

1) Pengertian.

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

Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis yang sebenarnya semua bersifat fisiologis, namun jika tidak dilakukan pendampingan melalui asuhan kebidanan maka tidak akan menutup kemungkinan akan terjadi keadaan patologis. (sulistyawati,2009:2)

2) Perubahan fisiologis masa nifas.

4.a) Perubahan Sistem Reproduksi

1. Uterus

a. Pengerutan rahim (involusi)

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

neurotic (layu/ mati). Perubahan ini dapat diketahui melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU-nya .

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba petengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram.
- e) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

(sulistyawati,2009:74)

b. Lokhea

Adalah ekskresi cairan rhim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda – beda pada setiap wanita, lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

- a) Lokhea rubra / merah : lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.cairan yang keluar

berwarna merah karena terisi darah segar dan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium.

- b) Lokhea sanguinolenta : berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.
- c) Lokhea serosa : berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- d) Lokhea alba / putih : lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung 2-6 minggu post partum.

(sulistyawati,2009:76)

c. Perubahan pada serviks.

Bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir, ini karena corpus uteri yang dapat berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi.

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

(sulistyawati,2009:77)

2. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur – angsur akan muncul kembali, sementara labia akan lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka – luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi yang memungkinkan selulitis yang vdaoat menjalar sampai ke sepsis.

3. Perineum.

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun lebih kendur dari keadaan sebelum hamil. (sulistyawati,2009:78)

4.b) Perubahan Sistem Pencernaan.

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pda waktu persalinan, alat pencernaan mengalami penekanan yang menyebabkan kolon menjadi

kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktifitas tubuh.

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

4.c) Perubahan Sistem Perkemihan.

Setelah persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit buang air kecil selama 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 hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. (sulistyawati,2009:79)

4.d) Perubahan Sistem Muskuloskeletal.

Otot – otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot – otot uterus

akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

Ligamen – ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena, ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.(sulistyawati,2009:79)

4.e) Perubahan Sistem Endokrin.

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

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar hormon esterogen drastis sehingga aktifitas prolaktin juga meningkat dan dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. Lamanya wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui, seringkali menstruasi ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar hormon esterogen dan progesteron.

(sulistyawati,2009:80)

4.f) Perubahan Sistem Kardiovaskuler.

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mnegeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama – sama dengan trauma masa persalinan.

Pada persalinan, vagina kehilangan darah sebanyak 200-500 cc, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit.

(sulistyawati,2009:82)

3) Perubahan psikologis.

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

a. Periode “Taking In”

Periode ini terjadi 1-2 hari hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, dan perhatiannya tertuju

pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan berulang – ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.

b. Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal – hal tersebut.

c. Periode “Letting Go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga karena depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (damaiyanti, 2011:71).

4) Kebutuhan Dasar Ibu Nifas.

1. Kebutuhan gizi ibu menyusui.

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui akan mendapatkan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktivitas ibu sendiri.

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama post partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa 100cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal. Efisiensi konversi energi yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar

rata – rata 80% dengan kisaran 76-96% sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100cc susu sekitar 85 kkal.

Selain hal tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan untuk mendapatkan tambahan asupan dari nutrisi lain. Berikut ini adalah tambahan asupan nutrisi ibu menyusui pada wanita di Asia.

Tabel 2.3

No	Nutrisi	Yang Diperlukan
1.	Kalsium	0,5-1 gram
2.	Zat besi	20 mg
3.	Vitamin C	100 mg
4.	Vitamin B-1	1,3 mg
5.	Vitamin B-2	1,3 mg
6.	Vitamin B-12	2,6 microgram
7.	Vitamin D	10 microgram

Dengan penjelasan tersebut, akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain :

- a. Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- b. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, setiap hari, terutama setelah menyusui.
- d. Mengonsumsi tablet zat besi selama nifas.

e. Minum kapsul vitamin A (200.00 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI dan memcepat masa penyembuhan ibu.

2. Ambulasi Dini.

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan – jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam sampai hitungan hari.

Kegiatan ini dilakukan meningkat secara berangsur – angsur frekuensi dan intensitas aktifitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru – paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

3. Eliminasi.

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus menyakinkan bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan

semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien makan makanan berserat tinggi dan banyak minum air putih.

4. Kebersihan diri.

Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri.

5. Istirahat.

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Kurangnya istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa, misalnya mengurangi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayinya sendiri.

6. Seksual.

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Damaiyanti, 2011:79).

5) Program dan kebijakan teknis masa nifas.

Angka kematian ibu pada masa nifas di Indonesia masih tinggi sekitar 60% sehingga pencetus pembuatan program dan kebijakan teknis mengenai jadwal kunjungan masa nifas paling sedikit empat kali dilakukan kunjungan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, juga mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi.

Frekuensi kunjungan pada masa nifas adalah :

1. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
 - a. Mencegah perdarahan pada 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, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awal.
 - e. Mendekatkan hubungan antara ibu dan bayi.
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi.
 - g. Menjelaskan perawatan BBL yang baik dan benar.
2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan).

Tujuan :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau.

- b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu cukup mendapat makanan, cairan dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- e. Memantau kesehatan bayi dan melakukan konseling tentang perawatan bayi.

3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu cukup mendapat makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- Memantau kesehatan bayi dan melakukan konseling tentang perawatan bayi.

4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan :

- a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayi.

- b. Memberikan konseling KB secara dini.
- c. Mengajarkan / mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau PKM untuk ditimbang dan imunisasi (sulistyawati,2009:165) .

6) Perawatan Ibu Postpartum dengan Sectio Caesarea

a) Konsep Sectio Caesarea

Adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurjannah,dkk.2013:113).

b) Perawatan luka post SC

1. Setiap satu minggu kasa harus dibuka.

Idealnya kasa yang dipakai diganti kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering di ganti agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering.

2. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.

Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan tempat kuman bisa menyebar ke seluruh tubuh.

3. Jaga luka agar tidak lembab.

Usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering karena tempat lembab akan menjadikan kuman cepat berkembang.

4. Menjaga kebersihan.

Agar luka operasi tidak terkena kotoran yang mengakibatkan cepat berkembangnya kuman, maka kebersihan diri dan lingkungan sekitar semaksimal mungkin harus dijaga.

5. Gunakan bahan plastik atau pembalut kedap air.

Untuk melindungi luka bekas operasi agar tidak terkena air. Upayakan agar luka tidak sampai basah, karena bisa mempercepat pertumbuhan kuman.

c) Nutrisi masa nifas.

Ibu post SC harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang menimbulkan rasa nyeri yang menusuk.

d) Ambulasi dini.

Pasien post SC biasanya mulai ambulasi 24-36 jam setelah melahirkan. Jika pasien menjalani analgesia epidural, pemulihan sensitibilitas yang total harus dibuktikan dahulu sebelum ambulasi dimulai. Manfaat ambulasi dini untuk ibu post SC adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat serta mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli.

e) Kebersihan diri.

Pada hari ketiga setelah operasi, ibu sudah dapat mandi tanpa membahayakan luka operasi. Payudara harus diperhatikan saat mandi. (Nurjannah,dkk, 2013:120).

f) Nasehat bagi ibu yang telah dilakukan SC.

- a. Sedapat-dapatnya jangan hamil dulu selama 2 tahun setelah SC.
- b. Kehamilan dan persalinan berikutnya harus diawasi dan berlangsung di RS yang lebih lengkap, untuk mengetahui apakah pada persalinan berikutnya dilaksanakan SC lagi atau tergantung dari indikasi dilakukan SC sebelumnya.

(Sastra winata, sulaiman 1996 dalam syarifudin 2012)

2.1.4 BBL (Bayi Baru Lahir)

1) Pengertian.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Beberapa pengertian lain tentang bayi baru lahir :

1. Bayi baru lahir (*newborn* [inggris] atau *neonatus* [latin]) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu.
2. 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 adanya tanda – tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya.
3. Neonatal dini adalah BBL sampai dengan usia 1 minggu.
4. Neonatal lanjutan adalah BBL dari usia 8-28 hari. (Marmi,2012).

2) Klasifikasi.

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterin kehidupan ektrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan

normal masa neonatal adalah 28 hari. Neonatus dapat di klasifikasikan menurut berat lahir dan masa gestasi.

1. Klasifikasi menurut berat lahir :

- a. Bayi berat lahir rendah, bila berat lahir kurang dari 2500 gram.
- b. Berat lahir cukup, bila berat lahir 2500 – 4000 gram.
- c. Berat lahir lebih, bila berat lahir 4000 gram atau lebih.

2. Klasifikasi menurut masa gestasi.

Klasifikasi menurut masa gestasi, adalah periode sejak konsepsi sampai bayi dilahirkan. Klasifikasi ini menunjukkan maturitas neonatus saat dilahirkan. Menurut persetujuan yang ditetapkan pada *second european congress of perinatal medicine* di London tahun 1970, neonatus menurut masa gestasinya dibagi menjadi :

- a. Bayi kurang bulan (preterm infant). Masa gestasinya kurang dari 259 hari (kurang dari 37 minggu)
- b. Bayi cukup bulan (term infant), masa gestasinya kurang 259-293 hari (37-42 minggu).
- c. Bayi lebih bulan (postterm infant), masa gestasinya 294 hari (lebih dari 42 minggu) (Vivian nanny,2013).

3) Ciri – ciri bayi lahir normal.

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

- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 denyut /menit, kemudian menurun sampai 120-140 denyut/menit.
- f. Pernafasan pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang, kira-kira 40 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa.
- h. Rambut lango tidak terlihat lagi, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku telah agak panjang dan lunak.
- j. Genetalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki).
- k. Reflaks isap dan menelak sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks moro sudah baik.
- m. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 48 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marmi,2012).

4) Refleks.

Refleks yang terjadi pada bayi :

- a. Refleks glabella. Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka.
- b. Refleks hisap.
Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.
- c. Refleks mencari.

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.

d. Refleks genggam.

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan : bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleks babinski.

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f. Refleks moro.

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g. Refleks melangkah.

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya, sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

h. Refleks merangkak.

Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.

i. Refleks tonik leher.

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

j. Refleks eksturi.

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

(Marmi, 2012 : 70-72).

5) Perawatan tali pusat.

Pendapat Aprisal Darwis dalam ABC.Medika.com

1. Perawatan Tali Pusat Metode Lama

Antiseptik adalah zat kimia yang dapat membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme. Perawatan tali pusat metode lama (dengan menggunakan pembungkusan dan antiseptik), menurut Depkes RI (2005).

2. Perawatan Tali Pusat Metode Baru.

Cara perawatan tali pusat kering adalah membungkus tali pusat dengan kasa dan mengkondisikan tali pusat tetap kering. Jika tali pusat berbau diberi gentian violet (Marjono, 2007).

3. Perawatan Tali Pusat Basah.

Perawatan tali pusat ini menggunakan Alkohol dan larutan chlorhexidine sepiantas lalu dianggap mencegah infeksi namun ditemukan belum bekerja dengan baik. Selain itu, ketika para ibu merawat bayi mereka di dalam kamar mereka daripada di dalam

ruang perawatan, tingkat infeksi tali pusat terendah terjadi (Hasselquist, 2006:53).

6) ASI Eksklusif.

Berbagai penelitian telah mengkaji manfaat pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dalam hal menurunkan mortalitas bayi, menurunkan morbiditas bayi, mengoptimalkan partum-buhan bayi, membantu perkembangan kecerdasan anak, dan membantu memperpanjang jarak kehamilan bagi ibu. Di Indonesia, Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui program perbaikan gizi. Masyarakat telah menargetkan cakupan ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80%. Namun demikian angka ini sangat sulit untuk dicapai bahkan tren prevalensi ASI eksklusif dari tahun ke tahun terus menurun.

Kajian Implementasi ASI Eksklusif. Sebelum tahun 2001, World Health Organization (WHO) merekomendasikan untuk memberikan ASI eksklusif selama 4-6 bulan. Namun pada tahun 2001, setelah melakukan telaah artikel penelitian secara sistematis dan berkonsultasi dengan para pakar, WHO merevisi rekomendasi ASI eksklusif tersebut dari 4-6 bulan menjadi 6 bulan.¹⁷ Hasil telaah artikel tersebut menyimpulkan bahwa bayi yang disusui secara eksklusif sampai 6 bulan umumnya lebih sedikit menderita penyakit gastrointestinal, dan lebih sedikit mengalami gangguan pertumbuhan. (Fikawati, Syafiq,2010)

7) Konsep Dasar Ikterus

a) Pengertian

Ikterus adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lendir, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. (Marmi, 226)

b) Klasifikasi ikterus

a. Ikterus fisiologik

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan hari ketiga yang tidak mempunyai dasar patologik. Hal ini disebabkan karena hati dalam bayi belum matang atau disebabkan kadar penguraian sel darah merah yang cepat.

b. Ikterus patologik.

Ikterus yang mempunyai dasar patologik atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubin. Ikterus yang kemungkinan dianggap patologik atau hiperbilirubin adalah :

- Ikterus terjadi pada 24 jam pertama sesudah kelahiran.
- Peningkatan konsentrasi bilirubin 5mg% atau lebih tiap 24 jam.
- Ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim G6PD dan sepsis)
- Ikterus yang disebabkan oleh bayi baru lahir dengan berat kurang dari 2000 gram yang disebabkan karena usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun dan kehamilan remaja, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, infeksi, hipoglikemi.

c. Kern ikterus

Kern mengacu pada ensefalopati bilirubin yang berasal dari deposit bilirubin terutama pada batang otak.

c) Penilaian.

menilai kira-kira bilirubin : pengamatan ikterus kadang-kadang agak sulit apalagi dengan cahaya buatan. Paling baik dilakukan dengan sinar matahari langsung. Ada beberapa cara untuk menentukan derajat ikterus dengan cara klinis Kramer)

- a. Derajat 1 : Kepala dan leher.
- b. Derajat 2: daerah 1 + badan dan lengan atas.
- c. Derajat 3: daerah 1 dan 2 +badan, lengan bawah dan tungkai.
- d. Derajat 4 : daerah 1,2,3 + lengan dan kaki dibawah tungkai.
- e. Derajat t : 1,2,3,4 + telapak tangan dan kaki.

(Marmi, 280)