

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dan konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dan konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

2.1.2 Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada kehamilan

Perubahan anatomi dan fisiologi pada kehamilan sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respon terhadap janin. Perubahan fisiologi kehamilan antara lain :

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2014). Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x 25x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc. Hal ini memungkinkan adekuatnya akomodasi bagi pertumbuhan janin. Pada saat janin membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Sulistyawati, 2011). Tinggi Fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir.

Taksiran berat badan janin (TBJ) merupakan suatu estimasi atau perkiraan berat badan yang berdasarkan pada hasil perhitungan kasar

pengukuran luar uterus. Taksiran berat badan janin dapat dihitung dengan menggunakan beberapa cara yaitu :

1. Jhonson's

$$\text{Taksiran Berat Janin (gram)} = (\text{TFU-K}) \times 155$$

Keterangan :

TFU : dalam satuan cm, dihitung dengan menggunakan pita ukur dan dilakukan dua kali pengukuran.

K : 13 Jika bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, 12 jika sebagian bagian terendah janin sudah memasuki pintu atas panggul, 11 jika sudah memasuki pintu atas panggul.

2. Metode TFU sederhana

Metode ini memiliki akurasi 80% dengan tingkat kepercayaan 95%. Sehingga metode ini dapat digunakan untuk memprediksi berat janin kasar.

$$\text{Taksiran berat janin (gram)} = 100 (\text{TFU}-5 \text{ cm})$$

Keterangan :

TFU : Dalam satuan cm, dihitung dengan menggunakan pita ukur dan dilakukan 2 kali pengukuran 5 cm sebagai standar deviasi pengukuran yang telah menjadi konstanta baku.

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar – kelenjar serviks (Prawirohardjo, 2014).

c. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot diperinium dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos (Prawirohardjo, 2014).

d. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. (Prawirohardjo, 2014).

e. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak (Prawirohardjo, 2014).

f. Perubahan Metabolik

Pada kehamilan diperkirakan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Prawirohardjo, 2014).

g. Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskuler sistemik. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung (Prawirohardjo,2014).

Jumlah darah yang dipompa (*Cardiac output*) meningkat saat kehamilan normal. Setelah mencapai kehamilan 30 minggu curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama trimester ke-2 biasanya tekanan darah menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ke-3. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran meningkat 50% tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen meningkat 25-30% (Sulistyawati, 2011).

h. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali (Prawirohardjo, 2014).

i. Sistem Muskuletal

Adanya sakit pinggang dan ligamen pada kehamilan tua di sebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan pembesaran uterus. Bagi wanita kurus akan menyebabkan lordosis, karna gaya beratnya berpusat pada kaki bagian belakang (Sulistyawati, 2011).

2.1.3 Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester III

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan was-was bayi dapat lahir kapan pun. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul (Walyani, 2015).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20%. Ibu hamil sebaiknya tidak berada ditempat-tempat yang terlalu ramai dan penuh sesak, karena akan mengurangi masukan oksigen (Nugroho dkk, 2014).

b. Nutrisi

1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas pada ibu hamil, total pertambahan berat badan sebaiknya tidak lebih dari 10-12 kg selama kehamilan (Asrinah dkk, 2010).

2) Protein

Selama kehamilan butuh protein pada ibu hamil mengalami peningkatan sebanyak 60% dari kebutuhan biasanya sebelum hamil. Sumber protein bisa di peroleh dari tumbuh-tumbuhan hewani (ikan, ayam telur, susu). Widya karya pangan dan Gizi Nasional

menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12% per hari atau 75- 100 gram (Sulistyawati, 2011).

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi perkembangan otot dan rangka. Sumber kalsium didapat dari susu, keju, *youghurt*.

4) Zat Besi

Diperlukan asupan zat besi selama 30 mg/hari. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat mengakibatkan anemia defisiensi zat besi (Asrinah dkk, 2010). Ibu hamil yang mendapatkan asupan zat besi yang cukup pada masa kehamilan akan memberikan cadangan zat besi pada bayi untuk kurun waktu 3 bulan pertama setelah melahirkan. Setiap sulfat ferrous 320 mg mengandung zat besi 60 mg dan asam folat 500 mikrogram, minimal masing-masing diberikan 90 tablet (Indrayani, 2011).

5) Air

Air berfungsi untuk membantu sistem pencernaan makanan akan membantu proses transportasi. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 7-8 gelas (1.500-2.000 ml) air/hari pada ibu hamil (Indrayani, 2011).

c. Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak terhadap kesehatan ibu dan janin. Sebaiknya ibu hamil mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal 2 kali sehari, menjaga alat genital dan pakaian dalam, menjaga kebersihan payudara (Nugroho dkk, 2014).

d. Eliminasi

Dengan adanya perubahan fisik selama kehamilan yang mempengaruhi pola eliminasi, pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan. Pada trimester I dan III ibu hamil mengalami frekuensi kencing yang meningkat, dikarenakan rahim yang membesar menekan kandung kemih dan trimester III bagian terendah

janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih (Indrayani. 2011).

e. Mobilisasi dan Bodi Mekanik

Pertumbuhan rahim yang membesar akan menyebabkan peregangan ligamen-ligamen atau otot-otot sehingga pergerakan ibu hamil menjadi terbatas dan kadangkala menimbulkan rasa nyeri. Mobilisasi dan bodi mekanik untuk ibu hamil harus memperhatikan cara-cara yang benar antara lain :

- 1) Melakukan latihan/senam hamil agar otot-otot tidak kaku
- 2) Jangan melakukan gerakan secara tiba-tiba/spontan
- 3) Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda
- 4) Apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur (Nugroho.dkk, 2014).

f. *Exercise*/senam hamil

Menurut Asinah (2010) tujuan senam hamil yaitu memberi dorongan serta melatih jasmani dan rohani ibu secara bertahap agar mampu menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah. Manfaat dalam membantu proses kelancaran persalinan antara lain dapat melatih pernafasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul, melatih cara mengejan yang baik dan benar, memperbaiki sirkulasi darah, meguatkan otot perut, dan mengurangi kram/kejang kaki.

g. Istirahat/Tidur

Tujuan utama istirahat dan tidur adalah untuk membangun sel-sel yang baru. Pada saat tidur, hormon pertumbuhan dieksresikan dan hal ini merupakan waktu yang optimal untuk pertumbuhan janin. Wanita hamil harus berusaha untuk mengurangi pekerjaan yang berat dan harus meningkatkan waktu istirahat (Indrayani, 2011).

h. Persiapan Laktasi

Payudara perlu di persiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik. Pemijatan payudara untuk

mengelurkan sekresi dan membuka sinus laktoferus di lakukan secara hati-hati dan benar,karena jika tidak benar dapat menimbulkan kontraksi pada rahim (Asrinah dkk, 2010).

i. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan diantaranya biaya, tempat dan penolong persalinan, pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan, perlengkapan ibu dan bayi, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jaminan kesehatan dari tempat kerja, kartu kesehatan, dan lain-lain), pembagian peran ketika ibu berada di rumah sakit (Asrinah, 2010).

j. Pemeriksaan HB

Pada pemeriksaan dan pengawasan haemoglobin dapat dilakukan dengan metode sahli yang di lakukan minimal 2 kali selama masa kehamilan yaitu pada trimester I (umur kehamilan sebelum 12 minggu) dan trimester III (umur kehamilan 28-36 minggu). Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet. Tujuan pemeriksaan haemoglobin pada saat hamil diantaranya untuk mengetahui kadar darah merah pada ibu hamil. Menurut Prawirohardjo (2016), kurangnya kadar haemoglobin dalam kehamilan dapat menyebabkan abortus, partus imatur/premature, kelainan kongenital, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, kematian perinatal.

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

- 1) Hb 11 gr% tidak anemia (normal)
- 2) Hb 9-10 gr% anemia ringan
- 3) Hb 7-8 gr% anemia sedang
- 4) Hb <7 gr% anemia berat (Asrinah, 2010).

Nilai normal menurut WHO, kriteria anemia, bila Hb dibawah:

- 1) Wanita tidak hamil 12 gr%.
- 2) Wanita hamil 11 gr%.

- 3) Trimester I 11 gr%.
- 4) Trimester II 10,5 gr%.
- 5) Trimester III 11 gr%

2.1.5 Ketidaknyamanan Selama Kehamilan dan Cara Mengatasi

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu, yang membutuhkan adaptasi, tidak jarang ibu merasakan ketidaknyamanan. Berikut ini beberapa ketidaknyamanan serta cara mengatasinya sebagai berikut (Asrinah dkk, 2010) :

Tabel 2.1
Ketidaknyamanan Selama Kehamilan

No	Keluhan	Keterangan	Cara Mengatasinya
1.	Sering buang air kecil trimester I dan II	Keluhan yang berkemih karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. (Hani, 2011).	a. Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing b. Banyak minum saat siang hari c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika sangat mengganggu tidur di malam hari d. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis e. Kurangi konsumsi minum di dalam hari
2.	Hemoroid timbul trimester II dan III	Hemoroid sering didahului dengan konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.	a. Makan makanan yang berserat dan banyak minum b. Secara perlahan masuk kembali anus setelah BAB

		(Irianti, 2014)	
3.	Keputihan terjadi di trimester I,II,III	Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar esterogen. Peningkatan lendir serviks ini disebut dengan operculum.(Sulistiywati,2011).	a. Tindakan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur d. Cara cebok yang benar yaitu dari arah vagina ke belakang e. Selalu keringkan vulva setelah BAB/BAK
4.	Kram pada kaki setelah usia kehamilan 24 minggu	Kram pada kaki wanita hamil biasanya berlangsung pada malam hari atau menjelang pagi hari.Keadaan ini terjadi karena adanya gangguan aliran atau sirkulasi darah pada pembuluh darah panggul yang disebabkan oleh tertekannya pembuluh tersebut oleh uterus yang semakin membesar pada kehamilan lanjut. (Irianti, 2014).	a. Jalan santai dipagi hari untuk peregangan b. Gunakan penghangat untuk otot
5.	Sesak nafas pada trimester II dan III	Sesak napas merupakan salah satu keluhan yang sering dialami oleh ibu (70%) pada kehamilan trimester III yang dimulai pada 28-31 minggu. Sekitar 75% wanita hamil mengalami sesak napas saat beraktivitas pada usia	a. Ajari ibu untuk mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal b. Ajarkan ibu untuk merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang c. Posisi berbaring semi fowler

		kehamilan 30 minggu. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya usaha bernapas ibu hamil. Peningkatan ventilasi menit pernapasan dan beban pernapasan yang meningkat dikarenakan oleh rahim yang membesar sesuai dengan kehamilan sehingga menyebabkan peningkatan kerja pernapasan. (Irianti, 2014).	
6.	Nyeri ligamentum rotundum trimester II dan III	Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi Braxton-Hicks juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah. (Irianti, 2014.).	a. Mandi air hangat b. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lain nya letakkan diantara lutut sewaktu dalam berbaring miring
7.	Sakit pinggang trimester II dan III	Perubahan sikap tubuh dapat mempengaruhi titik berat tubuh. Lordosis dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf. Perubahan ini mengakibatkan rasa tidak nyaman pada muskuloskeletal. Terjadi relaksasi ringan pada peningkatan mobilitas sendi panggul, pemisahan simpisus pubis dan ketidakstabilan sendi sakroiliaka yang besar dapat menyebabkan nyeri dan	a. Gunakan posisi tubuh yan baik b. Gunkan bra yang menopong payudara sesuai ukuran c. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

		kesulitan berjalan. (Hani, 2011).	
8.	Varises pada kaki trimester II dan III	Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga kutup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.(Husin, 2014).	a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring b. Jaga agarkaki tidak bersilang c. Hindari sendiri atau duduk terlalu lama d. Senam untuk melancarkan peredaran darah
9.	Edema pada trimester II dan III	Bengkak pada kaki atau oedema adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahanya cairan intraseluler ke ekstraseluler.Cara mengatasi bengkak pada kaki yaitu anjurkan ibu untuk memperbaiki sikap tububhnya, terutama saat duduk dan tidur, hindari mengenakan pakaian ketat (Irianti, 2014).	a. Hindari posisi berbaring terlentang b. Istirahat dengan berbaring miring kekiri c. Jika perlu seringlah melatih kaki untuk di tekuk ketika duduk dan istirahat d. Lakukan senam hamil secara teratur
10	Nyeri perut bagian bawah	Menurut Sulistyawati (2011) nyeri perut bagian bawah/panggul merupakan hal yang wajar terjadi pada kehamilan trimester tiga, hal ini disebabkan karena meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran	a. Tekuk lutut ke arah perut, mandi air hangat dan melakukan kompres air hangat pada bagian perut yang terasa nyeri

		uterus.	
--	--	---------	--

Sumber : (Asrinah dkk, 2010)

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda – tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Nugroho dkk, 2014).

a. Keluar darah dari jalan lahir

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang nyeri. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri (Nugroho dkk, 2014).

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat (Asrinah, 2010). Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang (Nugroho dkk, 2014).

c. Penglihatan Kabur

Biasanya akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu berubah selama kehamilan. Namun perlu di waspadai karna bisa mengacu pada tanda bahaya kehamilan (Sulistyawati, 2011).

d. Bengkak di Wajah dan Jari Tangan

Pada saat hamil hampir seluruh ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan dan tidak hilang jika di bawa beristirahat (Sulistyawati, 2011).

e. Keluar Cairan Pervaginam

Jika ibu tidak menyadari adanya cairan yang keluar, berbau amis dan warna putih keruh berarti yang keluar adalah air ketuban. Bila kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum (Sulistyawati, 2011).

f. Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janin selama bukan ke-5. Kesejahteraan janin di tandai dengan keaktifan gerakannya. Janin harus bergerak paling sedikit 3x dalam 1 jam jika ibu berbaring atau istirahat (Pusdiknakes,2011). Gerakan janin minimal 10x dalam 24 jam (Sulistyawati,2011).

g. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Syaifuddin, 2011).

2.1.7 Pemeriksaan Antenatal Care

Model perawatan antenatal baru WHO meningkatkan jumlah kontak yang dimiliki wanita hamil dengan penyedia layanan kesehatan selama kehamilannya dari empat menjadi delapan. Bukti terbaru menunjukkan bahwa frekuensi yang lebih tinggi dari kontak antenatal oleh wanita dan gadis remaja dengan sistem kesehatan dikaitkan dengan penurunan kemungkinan kelahiran mati. Ini karena meningkatnya peluang untuk mendeteksi dan mengelola masalah potensial. Minimal delapan kontak untuk perawatan antenatal dapat mengurangi kematian perinatal hingga 8 per 1.000 kelahiran bila dibandingkan dengan minimal empat kunjungan. Model baru meningkatkan penilaian ibu dan janin untuk mendeteksi masalah, meningkatkan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dan wanita hamil, dan meningkatkan kemungkinan hasil kehamilan yang positif. Dianjurkan wanita hamil untuk melakukan kontak pertama mereka dalam kehamilan 12 minggu pertama, dengan kontak berikutnya terjadi pada kehamilan 20, 26, 30, 34, 36, 38, dan 40 minggu (WHO, 2018).

Selain itu, anjurkan ibu untuk memeriksakan kedokter setidaknya 1 kali untuk deteksi kelainan medis secara umum. Untuk memantau kehamilan ibu, gunakan buku KIA, buku diisi setiap kali ibu melakukan kunjungan antenatal lalu

berikan kepada ibu untuk disimpan dan dibawa kembali pada kunjungan berikutnya (Kemenkes RI, 2016). Pastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi 10T :

a. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Sejak bulan ke-4 pertambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan (Kemnekes RI, 2016). Penambahan berat badan selama kehamilan ditentukan dengan menggunakan rumus indeks masa tubuh (IMT). Dimana IMT dihitung menggunakan rumus :

$$IMT = \frac{BB}{TB^2} \text{ Keterangan : IMT = Indeks Masa Tubuh}$$

BB = Berat badan sebelum hamil (kg)

TB = Tinggi badan dalam meter

Tabel 2.2

**Rekomendasi Penambahan Berat Badan
Selama Kehamilan Berdasarkan IMT**

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

Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

b. Pengukuran Tekanan Darah (Tensi)

Tekanan darah normal 120/80 mmHg, bila tekanan darah lebih besar tau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor resiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan (Kemenkes, 2016).

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita kurang energi kronis (ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) (Kemenkes, 2016).

d. Pengukuran Tinggi Rahim/Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan (Kemnekes, 2016).

Tabel 2.3

TFU Menurut Penambahan per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	TFU (CM)
12	1-3 jari diatas simfisis	
16	Pertengahan pusat-simfisis	
20	3 jari dibawah pusat	20
24	Setinggi pusat	23
28	3 jari diatas pusat	26
32	Pertengahan pusat- prosesus xiphoidesus (px)	30
36	3 jari di bawah prosesus xiphoidesus (px)	33
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoidesus (px)	

Sumber : (Sulistiyawati, 2011)

Tabel 2.4

Tinggi Fundus Uteri menurut Mc.Donald

Tinggi TFU dalam Cm	Berat Janin (gram)	Usia kehamilan dalam bulan
10-12	300-350	5
13-18	600-700	6
22-25	1000-1500	7
26-28	1700-2100	8
29-32	2500-2800	9
35-36	3000-3500	10

Sumber : (Manuaba, 2007)

e. Penentuan Letak Janin (Presentasi Janin) Dan Penghitungan DJJ

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila DJJ kurang dari 120 menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk (Kemenkes, 2016).

f. Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.5
Pemberian Vaksin

Status	Jenis Suntikan TT	Interval Waktu	Lama Perlindungan
T0	Belum pernah mendapat suntikan TT		
T1	TT1		
T2	TT2	4 minggu dari TT1	3 Tahun
T3	TT3	6 bulan dari TT2	5 Tahun
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT3	10 tahun
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup

Sumber: Asrinah, dkk (2010)

g. Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum tablet tambah darah setiap hari minimal 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Kemenkes, 2016).

h. Tes Laboratorium

- 1) Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- 2) Tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah/anemia
- 3) Tes pemeriksaan urin
- 4) Tes pemeriksaan darah lainnya seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis (Kemnekes, 2016).

i. Konseling atau Penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini, nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap saat kunjungan ibu hamil (Kemnekes, 2016).

j. Tatalaksana atau Mendapatkan Pengobatan

Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Jika ibu mempunyai kesehatan pada saat hamil (Kemnekes, 2016).

2.1.8 Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu skor Poedji Rochjati adalah salah satu alat untuk mendeteksi dini komplikasi dalam kehamilan. Dalam KSPR tersebut dikategorikan tiga faktor resiko yaitu :

a. Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO)

- 1) Primi Muda, terlalu Muda hamil pertama umur 16 tahun atau kurang
- 2) Primi Tua Primer, terlalu tua, hamil pertama umur 35 tahun atau lebih dan terlalu lambat hamil Setelah kawin 4 tahun lebih.
- 3) Primi Tua Sekunder, terlalu lama punya anak lagi (terkecil 10 tahun lebih), terlalu cepat punya anak lagi, anak terkecil usia kurang 2 tahun

- 4) *Grande Multi* Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih
- 5) Terlalu Tua (Umur ≥ 35 tahun)
- 6) Terlalu pendek (Tinggi Badan ≤ 145 cm)
- 7) Pada hamil pertama, kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal
- 8) Pernah gagal pada kehamilan yang lalu
- 9) Pernah melahirkan dengan : tarikan, uri dikeluarkan oleh penolong, pernah diinfus atau transfuse pada pendarahan postpartum.

10) Bekas operasi sesar

b. Kelompok Faktor Risiko II (Ada Gawat Obstetri/AGO)

- 1) Ibu Hamil Dengan Penyakit: Anemia, Malaria, TBC, Payah Jantung, Penyakit lain HIV-AIDS, Penyakit Menular Seksual
- 2) Pre Eklampsia Ringan, Hamil Kembar/Gemeli, Hidramnion, Bayi mati dalam kandungan, hamil lebih bulan (serotinus), letak sungsang, letak lintang.

c. Kelompok Faktor Risiko III (Ada Gawat Darurat Obstetri/AGDO)

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir mengeluarkan darah pada waktu hamil.
- 2) Preeklamsia Berat dan atau Eklamsia (Prawirohardjo, 2012).

d. Hasil skor penghitungan KSPR

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2011).

Bila skor 2 kelompok resiko yaitu kehamilan dengan resiko rendah perawatan kehamilan dan persalinan di tolong oleh bidan tidak memerlukan rujukan dan tempat pelayanan kesehatan di anjurkan di polindes, bila skor 6-10 kelompok resiko yaitu kehamilan resiko sedang dengan perawatan ditolong oleh bidan dan dokter selama kehamilan dan persalinan tempat pelayanan kesahatan dianjurkan polindes, PKM, RS, bila skor ≥ 12 kelompok resiko yaitu kehamilan resiko sangat tinggi perawatan kehamilan dan persalinan di tolong oleh dokter tempat pelayanan kesehatan di anjurkan di rumah sakit.

Tabel 2.6
Kehamilan Dan Persalinan Yang Aman

Kehamilan					Persalinan	
J. Skor	K. Resiko	Warna	Perawatan	Rujkan	Tempat	Penolong
2	KRR	Hijau	Bidan	Tidak Dirujuk	Polindes	Bidan
6-10	KRT	Kuning	Bidan Dokter	Polindes PKM Rumah Sakit	Polindes PKM RS	Bidan Dokter
≥ 12	KRST	Merah	Dokter	Rumah Sakit	Rumah Sakit	Dokter

Sumber: (Kemenkes, 2006)

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur (Rohani, dkk, 2011).

2.2.2 Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan:

a. Turunnya kepala

Turunnya kepala dibagi dalam:

1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)

- a) Masuknya kepala ke dalam PAP pada primi terjadi dibulan terakhir kehamilan sedang pada multipara terjadi pada permulaan persalinan.
- b) Kepala masuk ke PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan
- c) Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran *synclitismus*, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan

promontorium, sehingga dari parietal depan dan belakang sama tingginya.

- d) Kepala yang dapat masuk dengan keadaan *asynclitismus* yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis agak ke belakang mendekati promontorium (Asrinah, 2010).

b. Fleksi

- 1) Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar.
- 2) Dengan fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter *sub oksipitobregmatika* 9,5 cm dan dengan sirkumferensia *sub oksipitobregmatika* 32 cm.
- 3) Sampai di dasar panggul, kepala janin dalam keadaan fleksi maksimal (Asrinah, 2010).

c. Putar paksi dalam

- 1) Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis.
- 2) Dalam hal mengadakan rotasi, ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan sampai dasar panggul, sehingga dasar panggul ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis.
- 3) Putaran paksi dalam merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.
- 4) Putar paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke stasion III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai didasar panggul (Asrinah, 2010).

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil di bawah simfisis, maka dengan *suboksiput* sebagai *hipomoklion*, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan atau terjadilah ekstensi (Asrinah, 2010).

e. Putar paksi luar

- 1) Setelah kepala lahir, kepala anak memutar kembali ke arah panggul untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak atau untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.
- 2) Gerakan ini disebut juga putaran balasan.
- 3) Selanjutnya putaran diteruskan dengan tuber ichiadicum sepihak.
- 4) Gerakan selanjutnya, ukuran bahu atau diameter bisacromial menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

Sebab-sebab putaran paksi luar adalah karena bahu di dalam rongga panggul menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya (Asrinah, 2010).

f. **Expulsi**

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan menyusul, dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Asrinah, 2010).

2.2.3 Tanda dan Gejala Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

a. **His atau kontraksi**

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksi dan akhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi. Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari pemulaan satu kontraksi ke permulaan kontraksi selanjutnya. Kontraksi biasanya disertai rasa sakit, nyeri, makin mendekati kelahiran. Ketika merasakan kontraksi uterus, mulailah untuk menghitung waktunya (Walyani, 2014).

b. *Blood Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka (Walyani, 2014).

c. *Premature Rupture of Membrane*

Premature rupture of membrane keluarnya cairan banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi, kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, dan juga selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (Yanti, 2009).

d. Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-tama aktivitas uterus mulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas serviks menghasilkan dilatasi serviks yang cepat. Membuka leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien, tetapi diketahui dengan pemeriksaan dalam (Walyani, 2014). Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi untuk menentukan kemajuan persalinan (Nuraisiah, 2012).

2.2.4 Proses Persalinan

Proses persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

a. Kala I

Kala I dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap, berdasarkan kemauan pembukaan serviks, kala I dibagi menjadi:

1) Fase laten

Fase laten merupakan fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu kurang lebih 8 jam

2) Fase Aktif

Fase aktif merupakan fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi:

- a) Fase *akselerasi* (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- b) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- c) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam (Ambar Dwi, 2010).

Asuhan Kebidanan pada persalinan

(a) Manajemen kala I

Dengan mengidentifikasi masalah dengan komponen-komponen riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, selanjutnya dengan menilai data dan membuat diagnosis yang berdasarkan temuan-temuan dalam riwayat kesehatan lalu membuat rencana asuhan.

(b) Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf (Prawirohardjo, 2013):

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

1. Mencatat kemajuan persalinan.
2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Asrinah, 2010).

(c) Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikis

1. Memberikan dukungan persalinan

Menurut Asrinah (2010) dalam memberikan dukungan persalinan ialah asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan turut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung yang termasuk didalamnya:

- a) Memberikan dukungan emosional

- b) Membantu pengaturan posisi

Keuntungan posisi duduk dan setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi, dan gaya gravitasi mempercepat penurunan bagian terbawah janin sehingga berperan dalam kemajuan persalinan (JNPK-KR, 2008).

- c) Memberikan cairan dan nutrisi

- d) Keleluasaan untuk kebutuhan eliminasi

- e) Pencegahan infeksi

2. Pengurangan rasa sakit

Metode mengurangi rasa sakit yang merupakan salah satu bentuk nyata dalam memberikan dukungan dalam persalinan yang dilakukan secara terus-menerus, mempunyai beberapa keuntungan yaitu: sederhana, efektif, biayanya rendah, risikonya rendah, membantu kemajuan persalinan, hasil kelahiran bertambah baik, dan bersifat sayang ibu.

Beberapa teknik dukungan untuk mengurangi rasa nyeri adalah:

- a) Kehadiran pendamping yang terus-menerus, sentuhan yang nyaman, dan dorongan dari orang yang mendukung.

- b) Perubahan posisi dan pergerakan.

- c) Sentuhan dan pijatan

- d) *Counterpressure* untuk mengurangi tegangan pada ligamen sacroiliaca (Asrinah, 2010).

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2008).

Tanda gejala kala II yaitu:

- 1) Ibu merasakan adanya dorongan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vagina.
- 3) Perineum ibu semakin menonjol.
- 4) Vulva vagina dan spinter ani membuka.

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

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap.
- 2) Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Kala II pada primi berlangsung 1,5-2 jam dan pada multi 30 menit-1 jam (Asrinah, 2010).

c. Kala III

Dimulai dari setelah lahirnya bayi hingga pengeluaran plasenta dan selaput ketuban yang lamanya 5-30 menit, biasanya primigravida dan multi gravida berlangsung 6-15 menit (Baety, 2011).

1) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus

dan mendorong plasenta keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta (Rohani dkk, 2011).

2) Tanda Pelepasan Plasenta

Tanda pelepasan plasenta dibedakan menjadi:

- a) Uterus globuler dan perubahan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat (Asrinah, 2010).

3) Teknik Memastikan Pelepasan Plasenta

Teknik untuk memastikan plasenta sudah lepas dapat dilakukan pemeriksaan dengan 3 teknik yaitu :

a) *Kustner*

- Tali pusat ditegangkan
- Tangan ditekankan di atas simfisis, bila tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas

b) *Klein*.

Ibu disuruh mengejan sehingga tali pusat tampak turun ke bawah.

Bila mengejan dihentikan dapat terjadi:

- Tali pusat tertarik kembali, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus
- Tali pusat tetap di tempat, berarti plasenta sudah lepas.

c) *Strassman*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Rohani dkk, 2011).

4) Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III adalah penatalaksanaan secara aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta), untuk membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Asrinah, 2010).

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama:

a) Pemberian oksitosin

Setelah memastikan tidak ada bayi lain, dalam satu menit pertama setelah bayi lahir suntikan 10 IU IM pada 1/3 bagian atas paha.

- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c) Pemijatan masase fundus uteri (Asrinah, 2010).

d. Kala IV

Setelah plasenta lahir :

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakan jari tengah anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan . umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- 4) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu (JNPK-KR, 2008).

Pemantauan keadaan umum ibu selama 2 jam pasca persalinan:

- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- b) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
- c) Pantau temperatur suhu tubuh setiap jam dalam 2 jam pertama pascapersalinan.
- d) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit setiap 1 jam pertama dan setiap 30 menit jam kedua pada kala empat.
- e) Ajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase uterus jika uterus menjadi lembek.
- f) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2.7

Tabel Lama Persalinan pada Primigravida dan Multigravida

Kala Persalinan	Primigravida	Multigravida
I	10-12 jam	6-8 jam
II	1-1,5 jam	0,5-1 jam
III	10 menit	10 menit
IV	2 jam	2 jam
Jumlah (tanpa memasukkan kala IV yang bersifat observasi)	10-12 jam	8-10 jam

Sumber : (Manuaba, 2010)

2.2.5 Inisiasi Menyusu Dini

a. Pengertian IMD

Inisiasi menyusu dini (IMD) dalam istilah asing sering di sebut *early inisiation* adalah memberi kesempatan pada bayi baru lahir untuk menyusu sendiri pada ibu dalam satu jam pertama kelahirannya. Ketika bayi sehat di letakkan di atas perut atau dada ibu segera setelah lahir dan terjadi kontak kulit (*skin to skin contact*) merupakan pertunjukan yang menakjubkan, bayi akan bereaksi oleh karena rangsangan sentuhan ibu, dia akan bergerak di atas perut ibu dan menjangkau payudara (Roesli, 2008).

Inisiasi menyusu dini disebut sebagai tahap ke empat persalinan yaitu tepat setelah persalinan sampai satu jam setelah persalinan, meletakkan bayi baru lahir dengan posisi tengkurap setelah dikeringkan tubuhnya namun belum dibersihkan, tidak dibungkus di dada ibunya segera setelah persalinan dan memastikan bayi mendapat kontak kulit dengan ibunya, menemukan puting susu dan mendapatkan kolostrom atau ASI yang pertama kali keluar (Gupta, 2007).

Inisiasi menyusu dini adalah proses menyusu bukan menyusui yang merupakan gambaran bahwa inisiasi menyusu dini bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif sendiri menemukan putting susu ibu (Alfian, dkk, 2009).

Kesimpulan dari berbagai pengertian di atas, inisiasi menyusu dini adalah suatu rangkaian kegiatan dimana bayi segera setelah lahir yang sudah terpotong tali pusatnya secara naluri melakukan aktivitas-aktivitas yang

diakhiri dengan menemukan puting susu ibu kemudian menyusui pada satu jam pertama kelahiran.

b. Prinsip IMD

Prinsip dasar IMD adalah tanpa harus dibersihkan terlebih dahulu, bayi diletakkan di dada ibunya dan secara naluriah bayi akan mencari payudara ibu, kemudian mulai menyusui

Prinsip IMD cukup mengeringkan tubuh bayi yang baru lahir dengan kain atau handuk tanpa harus memandikan, tidak membungkus (bedong) kemudian meletakkannya ke dada ibu dalam keadaan tengkurap sehingga ada kontak kulit dengan ibu, selanjutnya beri kesempatan bayi untuk menyusui sendiri pada ibu pada satu jam pertama kelahiran (Rosita, 2008).

c. Manfaat IMD

IMD bermanfaat bagi ibu dan bayi baik secara fisiologis maupun psikologis yaitu sebagai berikut (Rosita, 2008) :

- 1) Ibu Sentuhan dan hisapan payudara ibu mendorong keluarnya oksitoksin. Oksitoksin menyebabkan kontraksi pada uterus sehingga membantu keluarnya plasenta dan mencegah perdarahan. Oksitoksin juga menstimulasi hormon-hormon lain yang menyebabkan ibu merasa aman dan nyaman, sehingga ASI keluar dengan lancar.
- 2) Bayi Bersentuhan dengan ibu memberikan kehangatan, ketenangan sehingga napas dan denyut jantung bayi menjadi teratur. Bayi memperoleh kolostrom yang mengandung antibodi dan merupakan imunisasi pertama. Di samping itu, kolostrom juga mengandung faktor pertumbuhan yang membantu usus bayi berfungsi secara efektif, sehingga mikroorganisme dan penyebab alergi lain lebih sulit masuk ke dalam tubuh bayi.

2.3 Kala II Memanjang

2.3.1 Definisi Kala II Memanjang

Persalinan kala II memanjang (*prolonged expulsive phase*) atau disebut juga partus tidak maju adalah suatu persalinan dengan his yang adekuat namun tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan

putaran paksi selama 2 jam terakhir, Biasanya persalinan pada primi dapat terjadi lebih lama Menurut Harjono.

Persalinan kala II memanjang merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD). Kala II memanjang disebut juga distosia, di definisikan sebagai persalinan abnormal/ sulit (Sarwono, 2010).

2.3.2 Etiologi

Pada prinsipnya, sebab-sebab kala II memanjang dapat dibagi menjadi:

a. Kelainan tenaga (kelainan his)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

1) Inersia Uteri

Disini his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

2) *Incoordinate Uterine Action*

Disini sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin (Prawirohardjo, 2010). Kelainan his adalah his yang tidak normal, baik kekuatan maupun sifatnya, sehingga menghambat kelancaran persalinan (Nugraheny, 2009).

b. Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin (Prawirohardjo, 2010).

Kelainan janin yang mengakibatkan kemacetan pada persalinan, yaitu:

- 1) Kelainan letak yaitu kelainan pada letak kepala (letak defleksi, letak belakang kepala UUK melintang, dan letak tulang ubun- ubun), letak sungsang, letak lintang (*transverse lie*), dan presentasi rangkap atau ganda.
- 2) Kelainan bentuk yaitu kelainan pada pertumbuhan janin yang berlebihan (lebih dari 4000 gram), *hidrosefalus*, *monster* (kembar siam, *akardiakus*, dan *anensefalus*), dan janin dengan perut besar.
- 3) Tali pusat yang menumbung (Mochtar, 2013).

c. Kelainan jalan lahir.

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan (Prawirohardjo, 2010).

Disproporsi Fetopelvik adalah ketidakmampuan janin untuk melewati panggul secara absolut dimana janin sama sekali tidak akan selamat dengan melewati jalan lahir dan secara relatif apabila dipengaruhi oleh faktor-faktor lain (Oxorn, 2010). Kesempitan panggul dibagi menjadi 4 macam, yaitu:

- 1) Kesempitan pintu atas panggul
- 2) Kesempitan bidang tengah panggul
- 3) Kesempitan pintu bawah panggul
- 4) Kombinasi kesempitan pintu atas panggul, bidang tengah panggul, dan pintu bawah panggul (Fauziyah, 2012).

Selain itu, terdapat juga kelainan jalan lahir lunak, yaitu:

- 1) Kelainan distosia serviks uteri yang terdiri dari serviks kaku, serviks gantung, serviks konglumer dan edema serviks.
- 2) Kelainan di vagina dan selaput dara.
- 3) Kelainan jaringan lunak lainnya tumor jalan lahir dan kandung kemih) juga dapat menghalangi lancarnya persalinan (Mochtar, 2013).

d. Faktor Lain

- 1) Faktor Penolong

Faktor penolong diakibatkan pertolongan yang salah dalam manajemen persalinan yaitu :

- a) Salah pimpin
- b) Manipulasi (Kristeler)

- c) Pemberian uterotonika yang kurang pada tempatnya (Rukiyah, 2009).

2) Faktor psikologis

Suatu proses persalinan merupakan pengalaman fisik sekaligus emosional yang luar biasa bagi seorang wanita. Aspek psikologis tidak dapat dipisahkan dari aspek fisik satu sama lain. 15 Bagi wanita kebanyakan proses persalinan membuat mereka takut dan cemas. Ketakutan dan kecemasan inilah yang dapat menghambat suatu proses persalinan. Dengan persiapan antenatal yang baik, diharapkan wanita dapat melahirkan dengan mudah, tanpa rasa nyeri dan dapat menikmati proses kelahiran bayinya (Diponegoro, 2009).

2.3.3 Patofisiologi

Presentasi janin dapat juga menyebabkan perpanjangan masa persalinan, misalnya posisi *oksipito* demikian juga besarnya janin lebih dari 4000 gram tidak mudah dilahirkan pervaginam, meskipun ukuran panggul normal (Rohani, 2011).

Faktor penyebab kala II lama yaitu kelahiran jalan lahir yang sering ditemui saat kepala fetus terlalu besar untuk rongga pelvis, adanya persalinan yang tidak efektif serta distosia jaringan lunak, maka kondisi tersebut akan menghambat kemajuan persalinan serta akan menimbulkan komplikasi pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2010).

2.3.4 Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi pada kala II yaitu ketika fase laten lebih dari 8 jam dan persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tetapi bayi di dalam kandungan belum lahir, pembukaan serviks melewati kanan garis waspada dalam partograf pada persalinan fase aktif (Prawirohardjo, 2010).

Masalah lain yang mungkin terjadi tetapi jarang adalah tali pusat yang pendek, yang kadang-kadang membatasi gerak turun bayi atau Persalinan Normal, Ibu Cemas dan *Stress Incoordinate Uterine Action* Pembukaan Lengkap 10 cm, Malposisi, Malpresentasi, dan *Giant Baby* Disproporsi Fetopelvik dan Kelainan Serviks Kala II Lama Komplikasi pada Ibu Komplikasi pada Janin, Penolong Salah Memimpin Dilatasi Pembukaan Serviks menyebabkan denyut janin melambat selama kontraksi. Kadang- kadang tali pusat yang melilit di sekitar

leher atau anggota gerak bayi mempunyai efek yang sama dengan tali pusat yang pendek. Selain itu, distosia bahu juga jarang terjadi (Simkin, 2008).

2.3.5 Faktor Risiko

Bahaya dari kala II memanjang bagi ibu dan janin, yaitu :

a. Bahaya bagi ibu

Kala II memanjang menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam (Mochtar, 2013).

Terdapat kenaikan pada insiden atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu (Oxorn, 2010).

Terdapat penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi dan resiko ruptur uterus. Perlunya intervensi bedah meningkatkan mortalitas dan morbiditas. Ketoasidosis dengan sendirinya dapat mengakibatkan aktivitas uterus yang buruk dan memperlama persalinan (Liu, 2008).

b. Bahaya bagi janin

Menurut Oxorn (2010), semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini :

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

Sekalipun tidak terdapat kerusakan yang nyata, bayi-bayi pada kala II memanjang atau partus lama memerlukan perawatan khusus. Sementara kala II memanjang atau partus lama tipe apapun membawa akibat yang buruk, bahaya tersebut lebih besar lagi apabila kemajuan persalinan pernah berhenti. Sebagian dokter beranggapan sekalipun partus lama meningkatkan resiko

pada anak selama persalinan, namun pengaruhnya terhadap perkembangan bayi selanjutnya hanya sedikit. Sebagian lagi menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan melalui proses persalinan yang panjang ternyata mengalami defisiensi intelektual sehingga berbeda jelas dengan bayi- bayi yang lahir setelah persalinan normal (Oxorn, 2010).

2.3.6 Tanda Klinis

Gejala klinik partus lama atau kala II memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin (Rustam Mochtar, 2013).

a. Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, dan pernapasan cepat.

b. Pada janin

Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negarif, air ketuban terdapat *mekonium*, kental kehijau-hijauan, berbau.

1. *Kaput succedaneum* yang besar
2. *Moulage* kepala yang hebat
3. Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK)
4. Kematian Janin Intra Parental (KJIP)

2.3.7 Komplikasi

Efek yang di akibatkan oleh persalinan kala II memanjang bisa mengenai ibu maupun janin seperti:

a. Infeksi *intrapartum*

Infeksi merupakan bahaya serius yang mengancam ibu dan janinya pada partus lama, terutama bila disertai pecahnya ketuban, bakteri didalam cairan amnion menembus dan desisdua serta pembuluh korion sehingga terjadi *bacteremia*, *sepsis*, dan *pneumonia* pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi.

b. *Rupture uteri*

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada wanita dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat *secsio sesarea*.

c. Ibu tampak kelelahan (kekurangan cairan, nadi dan suhu meningkat)

- d. Persalinan disertai infeksi (suhu meningkat, bagian bawah rahim terasa sakit dan tegang).
- e. Bagian terendah janin terfiksasi
- f. Pada pemeriksaan liang senggama dapat dijumpai bagian terendah janin terfiksasi, sudah terasa edema dan disertai kaput.

2.3.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kala II memanjang (Prawirohardjo, 2010) adalah:

Upaya mengejan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta, maka dari itu sebaiknya dianjurkan mendedan secara spontan, mendedan dan menahan nafas yang terlalu lama tidak dianjurkan. Perhatikan DJJ bradikardi yang lama mungkin terjadi akibat lilitan tali pusat. Dalam hal ini lakukan *ekstraksi vakum* atau *forcep* bila syarat memenuhi.

Bila malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan oksitosin *drip*. Bila pemberian oksitosin *drip* tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan *ekstraksi vakum* atau *forcep* bila persyaratan terpenuhi. Lahirkan dengan *secsio sesarea*.

Penatalaksanaan partus lama atau kala II memanjang antara lain :

- a. Pencegahan.
 - 1) Persiapan kelahiran bayi dan perawatan *prenatal* yang baik akan mengurangi insidensi partus lama atau kala II memanjang.
 - 2) Persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau serviks belum matang. Servik yang matang adalah servik yang panjangnya kurang dari 1,27 cm (0,5 inci), sudah mengalami pendataran, terbuka sehingga bisa dimasuki sedikitnya satu jari dan lunak serta bisa dilebarkan.
- b. Tindakan suportif
 - 1) Selama persalinan, semangat pasien harus didukung. Kita harus membesarkan hatinya dengan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien.
 - 2) *Intake* cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Pada semua partus lama, *intake* cairan sebanyak ini di pertahankan melalui pemberian infus larutan glukosa. Dehidrasi, dengan tanda adanya *acetone* dalam *urine*, harus

dicegah Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik.

- 3) Makanan ini akan tertinggal dalam lambung sehingga menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi. Karena waktu itu, pada persalinan yang berlangsung lama di pasang infus untuk pemberian kalori.
- 4) Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai. Kandung kemih dan *rectum* yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan lebih mudah cidera dibanding dalam keadaan kosong.
- 5) Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan, harus diistirahatkan dengan pemberian sedatif dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik, namun semua preparat ini harus digunakan dengan bijaksana. *Narcosis* dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
- 6) Pemeriksaan rectal atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.
- 7) Apabila hasil-hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terdapat gawat janin ataupun ibu, tetapi suportif diberikan dan persalinan dibiarkan berlangsung secara spontan.

c. Perawatan pendahuluan

Penatalaksanaan penderita dengan partus lama atau kala II memanjang adalah sebagai berikut:

- 1) Suntikan *Cortone acetate* 100-200 mg intramuskular
- 2) Penisilin prokain : 1 juta IU intramuskular
- 3) Streptomisin 1 gr intramuskular
- 4) Infus cairan :
 - a) Larutan garam fisiologis
 - b) Larutan *glukose* 5-100% pada janin pertama : 1 liter atau jam
- 5) Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500–4000 gram. Adaptasi BBL terhadap kehidupan di luar uterus. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi fisik dan psikologis mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir. Karena perubahan dramatis ini, bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan bagaimana ia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya di luar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0–7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7–28 hari (Dewi, 2011).

2.4.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Neonatus Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu (Marmi, 2012) :

- a. Neonatus menurut masa gestasinya
 - 1) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - 2) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - 3) Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- b. Neonatus menurut berat badan lahir
 - 1) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - 3) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - 1) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

2.4.3 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal dan sehat adalah berat badan bayi normal antara 2500–4000 gram, panjang badan antara 48–52 cm, lingkar kepala bayi 33–

35 cm, lingkar dada 30–38 cm, detak jantung 120–140 x/menit, frekuensi pernafasan 40–60 x/menit, rambut *lanugo* (bulu badan yang halus) sudah tidak terlihat, rambut kepala sudah muncul, warna kulit badan berwarna merah muda dan licin, memiliki kuku yang agak panjang dan lemas, reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberikan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik, *meconium* akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir. Keluarnya *meconium* menjadi indikasi bahwa fungsi pencernaan bayi sudah normal. Feses bayi berwarna hitam kehijau-hijauan dengan konsistensi likuid atau lengket seperti aspal dan pada anak laki-laki testis sudah turun, sedangkan pada anak perempuan labia mayora (bibir yang menutupi kemaluan) sudah melindungi labia minora (Wagiyo, 2016).

2.4.4 Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Tubuh

Berat rata-rata bayi yang baru lahir cukup bulan adalah 2500-4000 gram dan panjangnya 48-52 cm. Bayi yang baru lahir mempunyai bahu yang sempit, perut yang menonjol, panggul kecil dan lengan serta kaki yang relatif pendek, kecil dan lentur (Marmi, 2012).

b. Pengukuran berat badan dan panjang badan

Meletakkan kain atau kertas pelindung dan atur skala penimbangan ke titik nol sebelum penimbangan hasil timbangan dikurangi berat alas dan pembungkus bayi. Untuk pengukuran panjang bayi letakkan bayi di tempat yang datar, ukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki atau badan bayi diluruskan, alat ukur harus terbuat dari bahan yang tidak lentur (Marmi, 2012).

c. Kepala

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup atau melebar, adanya *caput succedaneum*, *cepal hematoma*, *kraniotables* dan sebagainya (Marmi, 2012).

d. Wajah

Wajah harus tampak simetris, terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi *intrauterine*. perhatikan kelainan wajah yang khas seperti *sindrom down* atau *sindrom pie robin*. perhatikan

juga kelainan wajah akibat, trauma lahir seperti laserasi, paresi (Marmi, 2012).

e. Mata

Pada saat memeriksa mata, goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka, lakukan pemeriksaan terhadap jumlah, eposisi atau letak mata. Periksa adanya *strabismus* yaitu koordinasi mata yang belum sempurna, periksa adanya *glukoma kogenital*, mulanya akar tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea (Rukiyah, 2013).

f. Hidung dan Mulut

Pemeriksaan terhadap *labioskizis*, *labiopalatoskizis*, dan *refleks* isap (dinilai dengan mengamati saat bayi menyusui) (Sondakh, 2013).

g. Telinga

Kaji adanya gangguan pendengaran dengan membunyikan bel atau suara apakah terjadi *refleks* terkejut, jika tidak terjadi mungkin bayi mengalami gangguan mata dan telinga.

h. Leher

Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada *refleks brakhialis*. Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan, periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan *trisomi* (Marmi, 2012).

i. Dada

Pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, *retraksi intercostals*, *subcotal sifoid*, merintih, pernafasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor*, *vesikuler*, *bronchial*, dan lain-lain) (Sondakh, 2013).

j. Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat *hernia diafragma*. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena *hepato-splenomegali* atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya *enterokolitis vesikalis*, *omfalokel* atau *ductus omfaloenterikus persisten* (Rukiyah, 2013).

k. Genitalia

Pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam *skrotum* penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang apakah *labia mayora* menutupi *labia minora* (pada bayi perempuan) (Sondakh, 2013).

l. Anus dan Rektum

Periksa adanya kelainan *atresia ani*, kaji posisinya. *Mekonium* secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya *mekonium plug syndrome*, *megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2012).

m. Tungkai

Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan kedua tungkai harus dapat bergerak bebas (Rukiyah, 2013).

n. Spinal

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti *spina bifida*, pembengkakan, lesung atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas *medulla spinalis* atau *kolumna vertebrata* (Marmi, 2012).

2.4.5 Kunjungan neonatal

a. Pengertian

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun di luar gedung Puskesmas, termasuk Bidan Desa, Polindes, dan kunjungan ke rumah (Walyani, 2015).

b. Tujuan kunjungan neonatal

Yaitu untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan komprehensif, manajemen terpadu bayi muda untuk bidan yang meliputi pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare dan berat badan rendah, perawatan tali pusat, pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir, imunisasi hepatitis B bila belum diberikan pada saat lahir, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA, penanganan, dan rujukan kasus.

c. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal (Walyani, 2015), antara lain :

1) Kunjungan neonatal hari ke-1 (KNI)

Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan dalam kurun waktu 6–48 jam setelah bayi lahir. Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat. Asuhan yang dapat diberikan adalah :

a) Pencegahan infeksi.

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal yang pertama adalah pencegahan infeksi. Pencegahan infeksi merupakan bagian terpenting dari setiap komponen perawatan neonatus. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi karena sistem imunnya masih belum sempurna.

b) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Bayi baru lahir harus diselimuti agar tetap hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur akan kebutuhan tempat yang hangat sampai suhu tubuhnya kembali stabil. Jika kehilangan panas tidak segera dicegah tubuh bayi secara cepat akan kedinginan. Karena perbedaan suhu ruangan dengan suhu di dalam kandungan ibu akan membuat bayi baru lahir beradaptasi.

c) Melakukan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada neonatus adalah warna kulit, ekstremitas, tali pusat, TTV dan pemeriksaan refleks.

d) Perawatan tali pusat

Sebelum tali pusat terlepas, sebaiknya bayi dimandikan dengan cara tidak dicelupkan kedalam air. Alasannya, untuk menjaga tali pusat tetap kering. Tali pusat tidak boleh ditutup atau dibubuhi dengan apapun karena akan membuat tali pusat menjadi lembab. Tali pusat hanya di bersihin dengan kasa kering.

e) Memandikan bayi

Setelah mencapai usia 6 jam kelahirannya, bayi sudah boleh dimandikan dengan syarat suhu tubuh bayi dalam keadaan normal.

2) Kunjungan neonatal hari ke-2 (KN2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi baru lahir. Asuhan yang diberikan adalah :

a) Deteksi tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

Jika menemukan tanda-tanda bahaya seperti pernapasan sulit, suhu tubuh terlalu hangat/terlalu dingin, tidak mau menyusu, kejang, lemah, tali pusat kemerahan dan bernanah. Jika menemukan tanda tersebut segera lakukan pertolongan.

b) Kebutuhan tidur bayi baru lahir

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Pada saat neonatus sampai usia 3 bulan rata- rata bayi tidur sekitar 16 jam sehari.

c) Menjaga keamanan bayi

Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu, hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI.

d) Buang air besar pada bayi

Feses bayi yang disusui ibunya lebih lunak, berwarna kuning, dan tidak menyebabkan iritasi kulit, sedangkan bayi yang

diberi susu botol feses lebih padat, berwarna pucat, dan cenderung menyebabkan iritasi kulit.

e) Pemberian minum pada bayi

Salah satu minuman yang boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara tepat adalah air susu ibu (ASI), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi.

f) Teknik pijat bayi

Pijat bayi dapat segera dimulai setelah bayi dilahirkan, lebih cepat melakukan pemijatan hasilnya akan lebih baik. Pemijatan dapat dilakukan sejak hari pertama hingga usia 6 bulan. Banyak manfaat yang didapat dengan melakukan pijat bayi seperti meningkatnya daya tahan tubuh bayi, meningkatnya berat badan, dan membuat tidur bayi lebih lelap. Pijat bayi meningkatkan aktifitas *nervus vagus*, bayi yang dipijat mengalami peningkatan kadar enzim penyerapan dan insulin sehingga penyerapan terhadap sari makanan menjadi lebih baik. Hasilnya bayi menjadi cepat lapar dan karena itu lebih sering menyusu sehingga meningkatkan produksi ASI (Suprayanto, 2011). Pemijatan juga meningkatkan mekanisme penyerapan makanan oleh *nervus vagus* sehingga nafsu makan bayi akan meningkat yang dapat secara langsung meningkatkan berat badan bayi (Syaukani, 2015).

3) Kunjungan neonatal hari ke-3 (KN3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke -8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh, beri ASI eksklusif, rawat tali pusat, periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit seperti tidak mau menyusu, lemah, pusat kemerahan, kulit terlihat kuning, demam atau tubuh teraba dingin. Segera periksakan bayi ke dokter/bidan jika menemukan satu atau lebih tanda bahaya pada bayi.

a) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG

Imunisasi BCG diberikan pada bayi usia 1 bulan secara I.C (*Intra Cutan*) di lengan bayi, untuk mencegah penyakit TBC.

b) Memantau berat badan bayi

Berat badan bayi baru lahir normal adalah antara 2500-4000 gram, pada bayi yang lahir cukup bulan, berat badan waktu lahir akan kembali pada hari ke- 10. Berat badan menjadi 2 kali lipat berat lahir pada bayi usia 5 bulan. Menjadi 3 kali lipat berat lahir pada umur 1 tahun, dan menjadi 4 kali berat lahir pada umur 2 tahun.

2.4.6 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi sistem pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama ialah akibat adanya sebagai berikut:

- 1) Tekanan mekanis pada toraks sewaktu melalui jalan lahir.
- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida kemoreseptor pada *sinus karotis* (stimulus kimiawi).
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan pernapasan (stimulus sensorik).
- 4) Refleks *deflasi Hering Breur*.
- 5) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30–60 kali/menit. Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12–18 jam pertama. Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung (Sondakh, 2013).

b. Adaptasi sistem kardiovaskuler

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung mendengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100–180 kali per menit waktu bangun dan 80–160 kali per menit saat tidur (Walyani, 2015).

c. Adaptasi sistem gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan

neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya (Sulistyawati, 2011).

d. Adaptasi imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Sulistyawati, 2010).

e. Adaptasi sistem ginjal dan keseimbangan air

Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan *glomerulus* dan volume tubulus proksimal serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Walyani, 2015).

f. Adaptasi sistem reproduksi

Anak laki-laki menghasilkan sperma sampai pubertas tetapi anak perempuan mempunyai ovum atau sel telur dalam indung telurnya. Pada anak perempuan, peningkatan kadar estrogen selama masa hamil yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran suatu cairan atau terkadang bercak darah melalui vagina (Walyani, 2015).

g. Adaptasi sistem *muskuloskeletal*

Otot sudah dalam keadaan lengkap pada saat lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertrofi. Ubun-ubun besar akan tetap terbuka hingga usia 18 bulan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang dari pada tungkai (Walyani, 2015).

h. Adaptasi integumen

Pada bayi baru lahir cukup bulan, kulit berwarna merah. Sementara itu bayi prematur memiliki kulit tembus pandang. Bayi baru lahir tidak memerlukan pemakaian bedak atau krim zat-zat kimia dapat mempengaruhi kulit bayi (Walyani, 2015).

2.4.7 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

a. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah *early initiation* atau permulaan menyusui dini, bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir dengan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, kurang lebih selama satu jam setelah bayi lahir. Tahap-tahap inisiasi menyusui dini, yaitu (Rukiyah, 2013) :

- 1) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam. Dianjurkan agar tetap melakukan kontak kulit ibu-bayi selama 1 jam pertama kelahirannya walaupun bayi telah berhasil menghisap puting susu ibu dalam waktu kurang dari 1 jam.
- 2) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusui serta memberi bantuan jika diperlukan.
- 3) Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan melalui pemberian ASI secara dini yaitu (Rukiyah, 2013) :
 - a) Merangsang produksi Air Susu Ibu (ASI)
 - b) Memperkuat refleks penghisap bayi
 - c) Mempromosikan keterkaitan antara ibu dan bayinya, memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui *kolustrum*.
 - d) Merangsang kontraksi uterus

b. Mencegah Kehilangan Panas

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut (JNPK-KR, 2008) :

- 1) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.
- 2) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi.
- 3) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- 4) Letakkan bayi tengkurap didada ibu.
- 5) Selimuti ibu dan bayi dan pakailah topi di kepala bayi.
- 6) Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang cepat topi di kepala bayi.

- 7) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- 8) Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu.

c. Pemberian Vitamin K Pada Bayi Baru Lahir

Semua BBL harus diberikan vitamin K 1 injeksi 1 mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagai BBL (JPNK-KR, 2008).

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Saat bayi berada di klinik.
- 2) Saat kunjungan Tindak Lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (JPNK-KR, 2008).

e. Berat Badan

Pada minggu pertama kehidupan berat badan bayi baru lahir akan mengalami penurunan sekitar 5-10%, hal ini disebabkan oleh pemasukan cairan dan pengeluaran dari tubuh bayi belum seimbang dan akan kembali berat badan bayi semula setelah 2-3 minggu setelah kelahirannya (Prawirohardjo, 2014).

2.4.8 Jadwal Pemberian Imunisasi

Tujuan diberikan imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta mengurangi kecacatan akibat penyakit tertentu (Marmi, 2014).

Tabel 2.8

Pemberian Imunisasi Pada Bayi

Vaksin	Umur	Penyakit yang dapat di cegah
HEPATITIS B	0-7 hari	Mencegah penyakit hepatitis (kerusakan hati)
BCG	1 bulan	Mencegah TBC/ <i>tuberculosis</i> (sakit paru-paru)
POLIO	1-4 bulan	Mencegah polio (lumpuh layuh pada tungkai kaki dan lengan tangan)
DPT (Difteri, Pertusis,	2-4 bulan	Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, mencegah pertusis atau batuk rejan

Tetanus)- HB-HiB		(batuk 100 hari) dan mencegah tetanus
CAMPAK	9 bulan	Mencegah campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak, dan kebutaan

Sumber : (Kemenkes, 2016)

2.4.9 Refleks Pada Bayi Baru Lahir

- Refleks hisap. Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.
- Refleks mencari (*rooting*). Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi akan menolehkan kepalanya kearah jari kita dan membuka mulutnya.
- Refleks genggam. Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan *gentle*, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.
- Refleks *Babinski*. Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki *hyperekstensi* dengan ibu jari *dorsifleksi*.
- Refleks moro. Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012).

2.4.10 Perawatan Bayi Sehari-hari

- Tempat tidur yang tepat
Tempat tidur bayi harus hangat dan bersih, tempat tidur bayi diletakkan didekat tempat tidur ibu (Marmi, 2012).
- Memandikan bayi
Bayi cukup dimandikan 1 x sehari, urutan cara memandikan bayi dimulai dari membersihkan wajah. Mata dibersihkan dengan kapas yang telah direndam air matang. Lubang hidung dibersihkan perlahan dan tidak terlalu dalam dengan *cotton buds* yang dicelupkan kedalam air bersih. Bagian luar telinga dibersihkan menggunakan *cotton buds* yang telah diberi *baby oil*

kemudian wajah bayi diusap dengan waslap yang telah direndam air hangat (Prawirohardjo, 2014).

Setelah wajah bayi dibersihkan bukalah baju bayi lalu bersihkan alat kelamin dan bokong bayi dengan kapas basah. Usap seluruh permukaan dan lipatan tubuh bayi dengan waslap yang direndam dengan air hangat dan diberi sabun khusus bayi (Praworohardjo. 2010). Setelah bayi dapat dimasukkan kedalam bak air hangat. Tangan kiri ibu menyangga kepala dan memegang erat ketiak bayi, sedangkan tangan kanan ibu membersihkan sabun ditubuh bayi. Untuk membersihkan punggung bayi, balikkan badan bayi dan memegang erat ketiak bayi. Pencucian rambut hanya dilakukan bila rambut kelihatan kotor atau ada kerak dikulit kepalanya dengan mengoleskan beberapa tetes *baby oil* atau shampo bayi dikulit kepala bayi, lalu disisir dengan sikat rambut halus untuk memudahkan lepasnya kerak dikulit kepala bayi. Selanjutnya keringkan bayi dengan handuk bersih (Praworohardjo, 2014).

c. Mengenakan pakaian

Pakaian yang sebaiknya dikenakan bayi adalah hangat, bersih, menyerap keringat, gunakan popok, jaga bayi tetap hangat dengan cara tetap membedung bayi. Setiap kali bayi BAB atau BAK ganti pakaian bayi yang basah atau terkena kotoran (Marmi, 2012).

d. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013).

Cara merawat tali pusat yang benar :

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat
- 2) Ketika mengganti popok atau diaper, pastikan memasangnya dibagian bawah perut bayi (dibawah tali pusat). Ini untuk menjaga agar tali pusat tidak terkena air kencing atau kotoran bayi.

- 3) Jika tali pusat terkena feses, bersihkan dengan air bersih dan segera keringkan.
- 4) Memberitahu kepada ibu dan keluarga jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun keujung tali pusat.
- 5) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- 6) Menjemur bayi

Jemur bayi pada pagi hari antara pukul 7-8 selama kurang lebih 15 menit dengan posisi terlentang atau tengkurap. Jemur sebelum mandi. Bukalah baju bayi dan pakaikan popok. Hindari mata dari sinar matahari langsung.

2.5 *Caput Suksedaneum*

2.5.1 Pengertian *Caput Suksedaneum*

Caput suksedaneum merupakan penumpukan cairan *serosanguineous*, subkutan dan ekstra periosteal dengan batas yang tidak jelas. Kelainan ini biasanya pada presentasi kepala, sesuai dengan posisi bagian yang bersangkutan. Pada bagian tersebut terjadi oedema sebagai akibat pengeluaran serum dari pembuluh darah. Kelainan ini disebabkan oleh tekanan bagian terbawah janin saat melawan dilatasi servix. *Caput succedaneum* menyebar melewati garis tengah dan sutura serta berhubungan dengan *moulding* tulang kepala. *Caput succedaneum* biasanya tidak menimbulkan komplikasi dan akan menghilang dalam beberapa hari setelah kelahiran (Prawirohardjo, 2009).

Caput suksedaneum ini ditemukan biasanya pada presentasi kepala, sesuai dengan posisi bagian yang bersangkutan. Pada bagian tersebut terjadi oedema sebagai akibat pengeluaran serum dari pembuluh darah. *Caput suksedaneum* tidak memerlukan pengobatan khusus dan biasanya menghilang setelah 2- 5 hari (sarwono, 2012).

2.5.2 Etiologi

Banyak hal yang menjadi penyebab terjadinya *caput succedaneum* pada bayi baru lahir, yaitu :

- a. Persalinan lama

Dapat menyebabkan *caput succedaneum* karena terjadi tekanan pada jalan lahir yang terlalu lama, menyebabkan pembuluh darah vena tertutup, tekanan dalam vena kapiler meninggi hingga cairan masuk kedalam cairan longgar dibawah lingkaran tekanan dan pada tempat yang terendah.

b. Persalinan dengan ekstraksi vakum

Pada bayi yang dilahirkan vakum yang cukup berat, sering terlihat adanya *caput* vakum sebagai edema sirkulasi terbatas dengan sebesar alat penyedot vakum yang digunakan.

c. Akibat kelahiran sungsang

2.5.3 Patofisiologi

Caput succedaneum terjadi karena tekanan keras pada kepala ketika memasuki jalan lahir sehingga terjadi bendungan sirkulasi kapiler dan limfe di sertai pengeluaran cairan tubuh ke jaringan ekstrasvaskuler, benjolan pada *caput* berisi cairan serum dan sedikit bercampur dengan darah, benjolan tersebut dapat terjadi sebagai akibat tumpang tindihnya (molage) tulang kepala di daerah sutura pada saat proses kelahiran sebagai upaya bayi untuk mengecilkan lingkaran kepala agar dapat melewati jalan lahir, pada umumnya molase ini di temukan pada sutura sagitalis dan terlihat setelah bayi lahir dan akan menghilang dengan sendirinya dalam waktu 1-7 hari (Deslidel,2012).

Kelainan ini biasanya terjadi pada presentasi kepala, pada bagian tersebut terjadi oedema sebagai akibat pengeluaran serum dari pembuluh darah, kelainan ini disebabkan oleh tekanan bagian terbawah janin saat melawan dilatasi servix (Prawirohardjo, 2009).

2.5.4 Faktor Predisposisi

faktor predisposisi yang terjadi pada trauma lahir antara lain :

- a. Persalinan yang di akhiri dengan alat (vacuum ekstraksi dan forceps)
- b. Persalinan lama
- c. Kelahiran sungsang
- d. Distosia
- e. *Macrosomia*
- f. Presentasi muka
- g. *Disproporsi sefalopelvic*

- h. Kelahiran dengan *sectio caesaria* (Prawirohardjo, 2009).

2.5.5 Tanda Klinis

Tanda dan gejala pada bayi baru lahir dengan *caput succedaneum* yaitu :

- a. Oedema di kepala
- b. Oedema melampaui tulang tengkorak
- c. Terasa lembut dan lunak pada perabaan
- d. Benjolan berisi serum dan kadang bercampur dengan darah
- e. Batasnya tidak jelas (Prawirohardjo, 2009).

2.5.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk bayi baru lahir dengan *caput succedaneum* antara lain :

- a. Pengawasan keadaan umum bayi
- b. Tahan angkat, agar benjolan tidak meluas karena tekanannya meningkat dan *serebrospinalis* meningkat keluar
- c. Berikan ruangan yang ada ventilasinya dan mendapatkan sinar matahari yang cukup
- d. Berikan ASI yang adekuat
- e. Pencegahan infeksi untuk menghindari adanya infeksi pada benjolan
- f. Berikan konseling pada orangtua bayi tentang :
 - 1) Keadaan yang di alami oleh bayi
 - 2) Menjelaskan bahwa benjolan akan menghilang dengan sendirinya setelah 1-4 hari tanpa pengobatan
 - 3) Perawatan bayi sehari-hari
 - 4) Manfaat dan teknik pemberian ASI (Reeder dkk, 2011).

2.6 Makrosomia

2.6.1 Pengertian Makrosomia

Makrosomia atau bayi besar adalah bila berat badan bayi melebihi dari 4000 gram (Prawirohardjo, 2006). Dalam dunia kedokteran *makrosomia* disebut *giant baby*.

Makrosomia adalah semua neonatus dengan berat badan 4000 gram atau lebih tanpa memandang usia kehamilan dianggap sebagai makrosomia (Cunningham, 2005).

2.6.2 Etiologi

Penyebab terjadinya *makrosomia* dikaitkan dengan beberapa faktor, yaitu :

- 1) Bayi dari ibu yang mempunyai diabetes atau IDM (*infant of a diabetic mother*) berisiko tinggi mengalami sejumlah komplikasi, khususnya *hipoglikemia*. Kadar glukosa maternal yang tinggi mengakibatkan peningkatan respon insulin janin. Peningkatan kadar insulin ini mendorong pertumbuhan intrauteri yang mengakibatkan *makrosomia*. *Makrosomia* terjadi pada 20% hingga 30% IDM.
- 2) Bayi yang lahir setelah masa gestasi 42 minggu (postmatur, lewat waktu, lewat tanggal) sebagian besar lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Kehamilan postterm mempunyai hubungan erat dengan mortalitas, morbiditas perinatal, ataupun *makrosomia*.
- 3) Bayi besar (berat badan melebihi 4000 gram) dapat diperkirakan disebabkan oleh orang tua bayi yang juga besar (keturunan). Faktor yang memperbesar kemungkinan bayi *makrosomia* adalah orang tua yang berperawakan besar, khususnya obesitas pada ibu
- 4) Bayi besar (berat badan melebihi 4000 gram) dapat diperkirakan disebabkan oleh kenaikan berat badan selama kehamilan yang berlebihan pada ibu dan bukan disebabkan oleh sebab lain misalnya edema.
- 5) Ibu yang pada kehamilan pertama melahirkan bayi *makrosomia* berpeluang besar melahirkan anak kedua dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya bahkan berpeluang lebih besar dari anak terdahulu.
- 6) Multiparitas disebut sebagai salah satu faktor penyebab *makrosomia*. Ada kecenderungan berat badan lahir anak ke dua dan seterusnya lebih besar daripada anak pertama.
- 7) Bayi berat lahir besar (*makrosomia*) berisiko lahir dari ibu yang memiliki indeks massa tubuh (IMT) ≥ 30 .
- 8) Kondisi lain seperti kondisi lingkungan, nutrisi, dan hormonal kehamilan yang secara potensial diatur oleh gen, usia ibu, serta ras dan etnik juga merupakan beberapa faktor penyebab terjadinya *makrosomia* pada bayi baru lahir (Mochtar, 2012).

2.6.3 Patofisiologi

Selama masa kehamilan terdapat sejumlah perubahan hormonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan glukosa pada janin. Pada trimester I kehamilan, mulai terjadi peningkatan *human placental lactogen* dan prolaktin yang mencapai puncaknya pada akhir trimester III (minggu ke-35). *Human placental lactogen* (hPL) memiliki struktur kimia yang mirip dengan prolaktin dan *growth hormone*. Efek utama hPL adalah terhadap insulin dan metabolisme glukosa (Prawirohardjo, 2009).

Kombinasi hPL dan prolaktin memicu semacam resistensi insulin yang dapat dideteksi dengan adanya hiperinsulinemia 2 jam pos prandial. Sebagai akibat mekanisme resistensi insulin tersebut, pada sebagian ibu hamil akan terjadi hiperglikemia relatif (diabetes mellitus gestasional). Keadaan hiperglikemia pada ibu tentu sangat berpengaruh pada janin, karena transfer glukosa dari darah ibu ke sirkulasi janin terjadi secara difusi melalui *placenta*, sehingga janin juga mengalami hiperglikemia. Kondisi hiperglikemia janin tersebut selanjutnya akan memicu hiperinsulinemia pada janin dengan akibat semakin banyak glikogen janin yang disintesis, sehingga terbentuklah *makrosomia* (Current, 2007).

2.6.4 Faktor Predisposisi

(Kemenkes, 2013) adalah :

- a. Riwayat melahirkan bayi besar (>4000 gram) sebelumnya
- b. Orangtua bertubuh besar, terutama obesitas pada ibu
- c. Multiparitas
- d. Kehamilan lewat waktu
- e. Usia ibu yang sudah tua
- f. Janin laki-laki
- g. Ras dan suku

(Current, 2007) faktor predisposisi *makrosomia* adalah :

- a. Faktor ibu
 - 1) Diabetes Melitus

Ibu dengan diabetes melitus gestasional pada janin akan meningkatkan resiko *makrosomia*. Ibu yang mempunyai diabetes sebelum hamil,

baik diabetes tipe 1 atau tipe 2 juga merupakan salah satu faktor predisposisi *makrosomia*.

2) Obesitas

Makrosomia dapat diperkirakan disebabkan oleh orang tua bayi yang juga besar (keturunan). Faktor yang memperbesar kemungkinan bayi *makrosomia* adalah orang tua yang berperawakan besar, khususnya obesitas pada ibu.

3) Pertambahan berat badan berlebih selama kehamilan

Makrosomia dapat diperkirakan disebabkan oleh kenaikan berat badan selama kehamilan yang berlebihan pada ibu. Perempuan hamil dengan obesitas atau dengan kenaikan berat badan waktu hamil berlebihan, merupakan faktor resiko utama terjadinya preeklamsi, *seksio sesarea*, kelahiran prematur, *makrosomia* janin, dan kematian janin.

4) Faktor genetik

Bayi besar (berat badan melebihi 4000 gram) dapat diperkirakan disebabkan oleh orang tua bayi yang juga besar (keturunan). Faktor yang memperbesar kemungkinan bayi *makrosomia* adalah orang tua yang berperawakan besar, khususnya obesitas pada ibu.

5) Multiparitas

Ada kecenderungan berat badan lahir anak ke dua dan seterusnya lebih besar daripada anak pertama.

6) Riwayat melahirkan bayi *makrosomia*.

Ibu yang pada kehamilan pertama melahirkan bayi *makrosomia* berpeluang besar melahirkan anak kedua dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya bahkan berpeluang lebih besar dari anak terdahulu.

7) Usia kehamilan.

Zwerdling menyatakan bahwa rata-rata berat janin lebih dari 3600 gram sebesar 44,5 % pada kehamilan postterm, sedangkan pada kehamilan genap bulan term sebesar 30,6%. Resiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4000 gram pada kehamilan postterm meningkat 2 – 4 kali lebih besar dari kehamilan term.

8) Usia ibu

Hasil dari penelitian di Korea menunjukkan bahwa semakin tua usia ibu, semakin tinggi peluang untuk melahirkan bayi *makrosomia*.

b. Faktor janin

1) Kelainan genetik

Terjadinya kelainan pertumbuhan dari janin itu sendiri yang disebabkan oleh gen yang dibawa oleh kromosom.

2) Jenis kelamin

Bayi berjenis kelamin laki-laki memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *makrosomia*. Bayi laki-laki lebih mungkin dilahirkan dalam keadaan *makrosomia* daripada bayi perempuan.

2.6.5 Faktor Risiko

Beberapa faktor yang mempengaruhi timbulnya bayi besar/*makrosomia* diantaranya, yaitu :

a. Diabetes pada ibu.

Diabetes pada ibu merupakan salah satu faktor risiko yang penting dalam terbentuknya *makrosomia*.

b. Riwayat melahirkan *makrosomia*.

Ibu yang pada kehamilan pertama melahirkan bayi *makrosomia* berpeluang besar melahirkan anak kedua dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya bahkan berpeluang lebih besar dari anak terdahulu

c. Faktor *genetic*.

Bayi besar (berat badan melebihi 4000 gram) dapat diperkirakan disebabkan oleh orang tua bayi yang juga besar (keturunan) (Mochtar, 2012). Faktor yang memperbesar kemungkinan *makrosomia* adalah orang tua yang berperawakan besar, khususnya obesitas pada ibu.

d. Usia kehamilan.

Rata-rata berat janin lebih dari 3600 gram sebesar 44,5 % pada kehamilan posterm, sedangkan pada kehamilan genap bulan term sebesar 30,6%. Resiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4000 gram pada kehamilan posterm meningkat 2 – 4 kali lebih besar dari kehamilan term.

2.6.6 Tanda Klinis

Bayi baru lahir *makrosomia* adalah bayi baru lahir dengan berat 4000 atau lebih (Perry, 2010). Semua bayi dengan berat badan 4000 gram atau lebih tanpa memandang umur kehamilan dianggap sebagai *makrosomia* (Cunningham, 2006). Bayi berat lahir besar atau BBLB adalah berat badan lahir lebih sama dengan 4000 gram atau sama dengan *makrosomia* (Stoll, 2007). *Makrosomia* digambarkan sebagai bayi baru lahir dengan berat lahir lebih. *Makrosomia* didefinisikan dalam beberapa cara yang berbeda, termasuk berat lahir 4000-4500 gram (Martin, 2007).

Perkiraan akurat berat janin berlebih tidak mungkin dilakukan sehingga diagnosis *makrosomia* seringkali baru dapat ditegakkan sewaktu bayi sudah lahir dan dilakukan penimbangan berat badan. Untuk memastikan adanya *makrosomia* pada bayi baru lahir terdapat tanda seperti wajah bulat, sembab, dan menggembung, badan gemuk montok, kulit tampak flushed atau kemerahan, peningkatan lemak tubuh, dan plasenta serta tali pusat lebih besar dari normal (Green, 2012).

2.6.7 Komplikasi

Komplikasi - komplikasi yang ditimbulkan ketika terjadinya *makrosomia* adalah:

- a. Komplikasi pada Ibu
 - 1) Ibu mengalami robekan perineum
 - 2) Persalinan dengan operasi *caesar*
 - 3) Kehilangan darah dalam jumlah banyak saat persalinan
 - 4) Ruptur uteri dan serviks
- b. Komplikasi pada bayi
 - 1) Bayi akan lahir dengan gangguan nafas dan kadangkala bayi lahir dengan trauma tulang leher dan bahu.
 - 2) Distosia atau macet pada bahu
 - 3) *Hipoglikemia*

Istilah *hipoglikemia* digunakan bila kadar gula darah bayi dibawah kadar rata-rata. Dikatakan *hipoglikemia* apabila kadar glukosa darah kurang dari 30 mg/dl pada semua neonatus tanpa menilai masa gestasi atau ada

tidaknya gejala *hipoglikemia*. Umumnya *hipoglikemia* terjadi pada neonatus usia 1-2 jam (Martin, 2007).

4) *Hiperbilirubinemia*

Hiperbilirubinemia adalah naiknya kadar bilirubin serum melebihi normal. Pada neonatus terdiri dari *hiperbilirubin* tidak terkonjugasi (indirek) dan terkonjugasi (direk). Gejala yang paling mudah diidentifikasi adalah kulit selaput lendir menjadi kuning. Dikatakan ikterus bila bilirubin serum >5mg/dl.

5) Asfiksia

Makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu yang berakibat pada komplikasi salah satunya gangguan pada medula oblongata dengan pusat vitalnya sehingga menimbulkan asfiksia ringan, berat, sampai berujung pada kematian (Manuaba, 2007).

6) Distosia bahu

Makrosomia dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan pervaginam yang dapat berakibat pada fraktur klavikula (Prawirohardjo, 2009).

2.6.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada bayi *makrosomia* (Wiknjosastro, 2009) antara lain :

- a. Menjaga kehangatan
- b. Membersihkan jalan nafas.
- c. Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat.
- d. Melakukan inisiasi menyusui dini .
- e. Membersihkan badan bayi dengan kapas baby oil/minyak.
- f. Memberikan salep mata/tetes mata
- g. Memberikan injeksi vitamin K.
- h. Membungkus bayi dengan kain hangat.
- i. Mengkaji keadaan kesehatan pada bayi dengan *makrosomia* dengan mengobservasi keadaan umum dan vital sign serta memeriksa kadar glukosa darah pada usia 1 jam, 2 jam, dan 4 jam, kemudian setiap 4 jam selama 24 jam hingga stabil.
- j. Memantau tanda gejala komplikasi yang mungkin terjadi.

- k. Memberikan terapi sesuai komplikasi yang dialami oleh bayi.

2.7 Konsep Dasar Nifas

2.7.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, Sitti. 2013).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. *Puerperium* (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati, 2010).

2.7.2 Kunjungan Nifas

Paling sedikit ada 3 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.9
Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Pertama	6 – 48 jam	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujuk bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
Kedua	4 – 28 hari	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau

		perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memperhatikan tanda-tanda penyakit. 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
Ketiga	29 – 42 hari	1. Menanyakan ibu tentang penyakit-penyakit yang dialami. 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: (Susanto, 2018)

2.7.3 Tahap Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas (Sitti Saleha ,2013) sebagai berikut :

a. Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. Periode *early postpartum* (24 jam-1minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada pendarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode *late postpartum* (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling.

2.7.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan (Sitti Saleha, 2013) antara lain :

a. Perubahan sistem reproduksi

1. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

Tabel 2.10
TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sumber : Elisabeth, 2017

2. Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita pada masa nifas :

- a) Lokia rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokia yang akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum.
- b) Lokia sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ketiga sampai ketujuh pascapersalinan
- c) Lokia serosa dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.

- d) *Lokia alba* dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

b. Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan (Pitriani, 2014).

c. Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut Pitriani (2014) sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

- 1) Nafsu makan: Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.
- 2) Motilitas: Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.
- 3) Konstipasi: Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid maupun laserasi jalan lahir.

d. Perubahan Sistem Perkemihan

Menurut Pitriani (2014) perubahan yang terjadi pada sistem ini antara lain :

1) Fungsi sistem perkemihan

Sistem urinaris: Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan penyebab penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum. Fungsi ginjal akan kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan.

2) Komponen urea

Glikosuria ginjal diinduksi oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal normal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) yang meningkat selama postpartum merupakan akibat autolisis uterus yang berinvolusi.

3) Diuresis postpartum

Dalam 12 jam setelah melahirkan, ibu membuang kelebihan cairan yang tertimbun jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan yang teretensi selama masa hamil adalah *diaphoresis* luas, terutama pada malam hari, selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan. Diuresis postpartum yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water metabolism of pregnancy*).

e. Perubahan Sistem Muskuletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum

menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

f. Perubahan Tanda–Tanda Vital

1. Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 0C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 0C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 0C. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 0C, mungkin terjadi infeksi pada klien.
2. Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit harus diwaspadai, kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.
3. Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung. Tekanan darah harus dalam keadaan stabil. Tekanan darah normal adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum, (Vivian, 2011). Kondisi stress dapat meningkatkan tekanan darah, karena beberapa hormon yang akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan pengeluaran cairan lambung yang berlebihan. Kondisi stress yang terus menerus dapat menyebabkan komplikasi persalinan (Maryunani, 2015).

2.7.5 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Seorang wanita setelah sebelumnya menjalani fase sebagai anak kemudian berubah menjadi istri dan harus bersiap menjadi ibu. Proses ini memerlukan waktu untuk bisa menguasai perasaan dan pikirannya. Semakin lama akan timbul rasa memiliki pada janinnya sehingga ada rasa ketakutan akan kehilangan bayinya atau perasaan cemas mengenai kesehatan bayinya. Ibu akan mulai berfikir

Bagaimana bentuk fisik bayinya sehingga muncul " mental *image* " tentang gambaran bayi yang sempurna dalam pikiran Ibu seperti berkulit putih, gemuk, montok, dan lain sebagainya. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan dan perhatian dari keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian Ibu antara lain :

- a. Dukungan keluarga dan teman.
- b. Pengalaman waktu melahirkan, harapan dan inspirasi.
- c. Pengalaman merawat dan membesarkan anak sebelumnya (Walyani, 2015).

Tabel 2.11
Tahapan Penyesuaian Psikologi Ibu Nifas

Nama Fase	Waktu	Ciri-ciri
Fase <i>Taking In</i>	Setelah melahirkan sampai 2 hari	1. Perasaan ibu berfokus pada dirinya. 2. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain. 3. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya. 4. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan. 5. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal. 6. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. 7. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal. 8. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut : a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya. Misalnya, jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya. b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu. Misalnya, rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.

		c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya. d. Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.
Fase <i>Taking Hold</i>	Hari ke-3 sampai 10	1. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (<i>baby blues</i>). 2. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya. 3. Ibu menfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh. 4. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok. 5. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi. 6. Kemungkinan ibu mengalami depresi <i>postpartum</i> karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya. 7. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.
Fase <i>Letting Go</i>	Hari ke-10 sampai akhir masa nifas	1. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga. 2. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi

Sumber: (Susanto, 2018)

2.7.6 Kebutuhan Pada Masa Nifas

a. Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat 3 kali dari kebutuhan biasa (Walyani, 2015).

b. Kebutuhan Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari post partum (Walyani, 2015).

c. Kebutuhan Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus kandung kemih sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan Ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap. Memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat dalam 2 jam Setelah Bersalin, ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan. Manfaat mobilisasi dini :

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea dan mengurangi infeksi perineum
- 2) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- 3) Mempercepat involusi alat kandungan
- 4) Fungsi usus, sirkulasi paru-paru, dan perkemihan lebih baik
- 5) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan Pengeluaran sisa metabolisme Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai (Walyani, 2015).

d. Kebutuhan Eliminasi

- 1) Miksi

Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya bila dalam 3 hari. Ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih dengan mengompres vesika urinaria dengan air hangat, jika ibu belum bisa melakukan maka ajarkan ibu untuk berkemih sambil membuka keran air, jika tetap belum bisa melakukan juga maka dapat dilakukan kateterisasi.

2) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari kecuali bila ibu takut dan luka episiotomy. Bila sampai 3 - 4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per oral atau per rectal. Jika masih belum bisa dilakukan, untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka (Walyani, 2015).

e. Kebersihan Diri

Kebersihan diri Ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih segar dan wangi merawat perinium dengan baik dengan menggunakan antiseptic, dan selalu diingat bahwa membersihkan perinium dari arah depan ke belakang jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit (Walyani, 2015).

f. Kebutuhan Istirahat/Tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari, dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam berbagai hal diantaranya, mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan serta menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Walyani, 2015).

g. Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Walyani, 2015).

h. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan itu sangatlah penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya (Walyani,2015).

2.7.7 Upaya Menurunkan Infeksi Kala Nifas

Upaya menurunkan infeksi kala nifas (Sukarni, 2013) adalah sebagai berikut :

- a. Pencegahan pada waktu hamil
 - 1) Meningkatkan keadaan umum penderita
 - 2) Mengurangi faktor predisposisi infeksi kala nifas
- b. Saat persalinan
 - 1) Perlukaan dikurangi sebanyak mungkin
 - 2) Mencegah terjadi perdarahan post partum
 - 3) Perlukaan yang terjadi di rawat sebaik-baiknya
 - 4) Kurang melakukan pemeriksaan dalam
 - 5) Hindari persalinan yang berlangsung lama
- c. Kala nifas
 - 1) Lakukan ambulasi dini
 - 2) Perlukaan dirawat dengan baik
 - 3) Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosokomial.

2.7.8 Proses Menyusui Dan Laktasi

Setiap manusia pada umumnya memiliki payudara, tetapi antara laki-laki dan perempuan berbeda dalam fungsinya. Lebih dari itu, untuk mempertahankan kelangsungan hidup keturunannya, maka organ ini menjadi sumber utama kehidupan, karena Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan bayi yang paling penting, terutama pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja, termasuk kolostrum tanpa tambahan apapun sejak dari lahir, dengan kata lain pemberian susu formula, air matang, air gula, dan madu untuk bayi baru lahir tidak dibenarkan.

a. Laktasi

Air susu ibu (ASI) merupakan nutrisi alamiah terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang dibutuhkan selama enam bulan

pertama kehidupan bayi. Namun, ada kalanya seorang ibu mengalami masalah dalam pemberian ASI kendala utamanya adalah karena produksi ASI tidak lancar. Untuk mengetahui banyaknya produksi ASI beberapa kriteria yang dapat digunakan sebagai patokan untuk mengetahui jumlah ASI cukup atau tidak adalah sebagai berikut :

- 1) ASI yang banyak dapat merembes keluar melalui puting.
- 2) Sebelum disusukan, payudara terasa tegang.
- 3) Berat badan naik sesuai dengan usia
- 4) Jika ASI cukup, setelah menyusui bayi akan tertidur/ tenang selama 3-4 jam.
- 5) Bayi lebih sering berkemih, sekitar 8 kali sehari.

b. Manfaat ASI

Manfaat ASI sebagai berikut:

- 1) ASI merupakan sumber makanan yang mengandung nutrisi yang lengkap untuk bayi.
- 2) ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh bayi yang mengandung zat antibody sehingga akan jarang sakit
- 3) ASI meningkatkan kekebalan tubuh.
- 4) Menunjang perkembangan kepribadian, dan kecerdasan emosional.
- 5) Mengurangi perdarahan setelah melahirkan.
- 6) Dengan menyusui maka akan terjadi rasa sayang antara ibu dan bayi.
- 7) Melindungi anak dari serangan elergi (Anggraini, 2010).

c. Posisi dan Perlekatan menyusui

- 1) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas jari yang lain menopang dibawah (bentuk C) atau dengan menjepit payudara dengan jari telunjuk dan jari tengah (bentuk gunting), dibelakang areola (kalang payudara).
- 2) Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut (rooting reflek) dengan cara menyentuh sisi mulut bayi.
- 3) Tunggu sampai bayi bereaksi dengan membuka mulutnya lebar dan lidah ke bawah.
- 4) Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan cara menekan bahu belakang bayi bukan bagian belakang kepala.

- 5) Posisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan-hadapan dengan hidung bayi.
- 6) Kemudian masukkan puting susu ibu menelusuri langit-langit mulut bayi.
- 7) Usahakan sebagian aerola (kalang payudara) masuk ke mulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (palatum durum) dan langit-langit lunak (palatum molle).
- 8) Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar dari sinus lactiferous yang terletak dibawah kalang payudara.
- 9) Setelah bayi menyusui atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.
- 10) Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas. Hal itu tidak perlu karena hidung bayi telah dijauhkan dari payudara dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu.
- 11) Dianjurkan tangan ibu yang bebas dipergunakan untuk mengelus-elus bayi.
- 12) Cara Menyendawakan Bayi
 - a) Letakkan bayi tegak lurus bersandar pada bahu ibu dan perlahan-lahan diusap punggung belakang sampai bersendawa.
 - b) Kalau bayi tertidur, baringkan miring ke kanan atau tengkurap. Udara akan keluar dengan sendirinya.

d. Tanda bayi melekat dengan baik :

- 1) Dagul bayi menempel pada payudara ibu
- 2) Mulut bayi terbuka lebar
- 3) Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat didalamnya
- 4) Areola juga masuk kedalam mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak / lebar

e. Tanda bayi menghisap dengan efektif :

- 1) Menghisap secara mendalam dan teratur
- 2) Kadang diselingi istirahat
- 3) Hanya terdengar suara menelan

- 4) Tidak terdengar suara mengecap
- f. Tanda bayi mendapat ASI cukup :
 - 1) Buang air kecil bayi sebanyak 6 x / 24 jam
 - 2) Buang air besar bayi berwarna kekuningan “berbiji”
 - 3) Bayi tampak puas setelah meminum ASI
- g. Untuk meningkatkan produksi ASI, anjurkan ibu untuk melakukan hal – hal berikut :
 - 1) Mulai menyusui dengan cara – cara yang benar
 - 2) Menyusui bayi setiap 2 jam
 - 3) Bayi menyusui dengan posisi menempel yang baik, terdapat suara menelan aktif
 - 4) Menyusui bayi di tempat yang tenang dan nyaman
 - 5) Minum setiap kali menyusui
 - 6) Tidur bersebelahan dengan bayi

2.7.9 *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Salah satu uji tapis (screening tests) yang digunakan untuk mendeteksi dan memonitor perkembangannya pada wanita-wanita yang mempunyai risiko mengalami depresi nifas. adalah dengan skala nifas *Edinburgh. Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) ialah salah satu metode untuk mendeteksi depresi pasca persalinan. Walaupun tidak umum, EPDS dapat dengan mudah digunakan selama 6 minggu pasca persalinan. EPDS berupa kuisioner yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai bagaimana perasaan pasien dalam satu minggu terakhir (Afiyanti, 2013).

a. Cara penilaian EPDS

- 1) Pertanyaan 1, 2, dan 4 : Mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3
- 2) Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10 : Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0
- 3) Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.

- 4) Nilai maksimal : 30
- 5) Kemungkinan depresi: nilai 10 atau lebih

Para ibu yang memiliki skor diatas 10 sepertinya menderita suatu depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Skala ini menunjukkan perasaan sang ibu dalam 1 minggu terakhir. Khusus untuk nomor 10, jawaban: ya, cukup sering, merupakan suatu tanda dimana dibutuhkan keterlibatan segera dari perawatan psikiatri. Wanita yang mengalami gangguan fungsi (dibuktikan dengan penghindaran dari keluarga dan teman, ketidakmampuan menjalankan kebersihan diri, ketidakmampuan merawat bayi) juga merupakan keadaan yang membutuhkan penanganan psikiatri segera. Wanita yang memiliki skor antara 5 dan 9 tanpa adanya pikiran untuk bunuh diri sebaiknya dilakukan evaluasi ulang setelah 2 minggu untuk menentukan apakah episode depresi mengalami perburukan atau membaik. EPDS yang dilakukan pada minggu pertama pada wanita yang tidak menunjukkan gejala depresi dapat memprediksi kemungkinan terjadinya depresi pasca persalinan pada minggu ke 4 dan 8. EPDS tidak dapat mendeteksi kelainan neurosis, phobia, kecemasan, atau kepribadian, namun dapat dilakukan sebagai alat untuk mendeteksi adanya kemungkinan depresi antepartum. Sensitifitas dan spesifisitas EPDS sangat baik. Dengan menggunakan cut of point > 10 dari total 30, didapatkan nilai sensitifitas 64% dan spesifisitas 85% dalam mendeteksi adanya depresi

b. Cara pengisian EPDS

- 1) Para ibu diharap untuk memberikan jawaban tentang perasaan yang terdekat dengan pertanyaan yang tersedia dalam 7 hari terakhir.
- 2) Semua pertanyaan kuisioner harus dijawab
- 3) Jawaban kuisioner harus berasal dari ibu sendiri. Hindari kemungkinan ibu mendiskusikan pertanyaan dengan orang lain.
- 4) Ibu harus menyelesaikan kuisioner ini sendiri, kecuali ia mengalami kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca.

c. Keuntungan EPDS

- 1) Mudah dihitung (oleh perawat, bidan, petugas kesehatan lain)

- 2) Sederhana
 - 3) Cepat dikerjakan (membutuhkan waktu 5-10 menit bagi ibu untuk menyelesaikan EPDS).
 - 4) Mendeteksi dini terhadap adanya depresi pasca persalinan
 - 5) Lebih diterima oleh pasien
 - 6) Tidak memerlukan biaya
- d. Kekurangan EPDS
- a) Tidak bisa mendiagnosis depresi pasca persalinan
 - b) Tidak bisa mengetahui penyebab dari depresi pasca persalinan
 - c) Belum divalidasi di Indonesia

2.8 Konsep Dasar Rupture Perineum

2.8.1 Pengertian Rupture Perineum

Rupture perineum adalah robekan perineum yang terjadi pada saat proses persalinan normal secara alamiah atau spontan, rupture perineum merupakan penyebab kedua dari perdarahan pasca partum. Rupture perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat atau kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar maupun yang dibantu dengan alat (Fitriana, 2018).

2.8.2 Klasifikasi Rupture Perineum

Menurut Fitriana (2018) rupture perineum dibagi dalam tingkatan sebagai berikut :

- a. Derajat I
Ruptur mengenai mukosa serta kulit perineum
- b. Derajat II
Ruptur mengenai mukosa vagina kulit dan jaringan perineum
- c. Derajat III
Ruptur mengenai mukosa vagina, kulit, dan jaringan perineum serta spinkter ani.
- d. Derajat IV
Ruptur mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum serta spinkter ani yang meluas hingga sampai ke rektum

Pada klasifikasi rupture perineum khususnya pada derajat I tidak perlu dilakukan penjahitan tetapi ada sebagian tenaga kesehatan yang melakukan penjahitan, pada derajat II, III, IV, harus dilakukan penjahitan, tenaga kesehatan khususnya bidan hanya mempunyai wewenang dalam melakukan penjahitan rupture perineum khususnya derajat II (Fitriana, 2018).

2.8.3 Perawatan Luka Jahitan Perineum

Tujuan perawatan luka perineum adalah mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan. Untuk mencegah terjadinya infeksi, menjaga kebersihan perineum dan memberikan rasa nyaman pada pasien. Lingkup perawatan perineum ditujukan untuk pencegahan infeksi organ-organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme yang masuk melalui vulva yang terbuka atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada peralatan penampung lochea atau pembalut.

Selama pascapartum, ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk pencegahan infeksi. Salah satu pencegahan infeksi yaitu perawatan perineum. Semasa melahirkan, vagina dan vulva dipaksa merenggang dan mungkin telah mengalami cedera, disertai alat kelamin yang sedikit merah, bengkak, lecet atau luka. Hal tersebut sepenuhnya normal, kecuali terjadi peningkatan panas atau kelembekan vagina dan bau busuk yang menyebabkan gangguan rasa nyaman.

Setelah melahirkan ibu nifas rentan terhadap infeksi, usahakan daerah perineum tetap bersih dan kering. Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar (Ambarwati, 2010).

2.8.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka Perineum

Menurut Astutik (2015), faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum adalah sebagai berikut :

- a. Koagulasi

Adanya kelainan pembekuan darah (koagulasi) akan menghambat penyembuhan luka sebab hemostatis merupakan dasar fase inflamasi.

b. Gangguan Sistem Imun (Infeksi, Virus)

Gangguan sistem imun akan menghambat dan mengubah reaksi tubuh terhadap luka, kematian jaringan dan kontaminasi. Bila sistem daya tubuh, baik seluler maupun humoral terganggu, maka pembersihan kontaminasi dan jaringan mati serta ketahanan tubuh terhadap infeksi tidak berjalan baik.

c. Penyakit kronis seperti (TB paru, diabetes) juga mempengaruhi sistem imun sehingga mengganggu proses penyembuhan luka.

d. Keganasan

Keganasan tahap lanjut dapat menyebabkan gangguan sistem imun yang akan mengganggu penyembuhan luka

e. Teknik penjahitan

Teknik penjahitan luka yang tidak dilakukan lapisan demi lapisan akan mengganggu penyembuhan luka

f. Vaskularisasi

Pada proses penyembuhan luka baik berlangsung cepat ataupun sementara, daerah yang memiliki vaskularisasi kurang baik maka proses penyembuhan luka membutuhkan waktu lama.

g. Gizi

Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian jaringan sangat membutuhkan protein. Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan.

2.9 Konsep Keluarga Berencana

2.9.1 Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T: terlalu muda

melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Prawirohardjo, 2016).

2.9.2 Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2011).

2.9.3 Jenis-Jenis Kontrasepsi

a. Implant atau AKBK

Implan atau AKBK merupakan metode kontrasepsi dengan cara memasukkan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api di bawah kulit lengan atas. Implan adalah batang kecil berisi hormon yang terbuat dari plastik lentur. Implan terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon seperti pada pil KB selama tiga tahun (Maritalia, 2012).