BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan Trimester III

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi, berkembangnya janin dalam rahim ibu, sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2009). Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

b. Perubahan pada ibu hamil trimester III

a. Rahim / uterus

Ukuran uterus membesar akibat dari hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, berat uterus naik dari 30 gram menjadi 1000 gram, isthmus rahim hipertrofi dan serviks uteri bertambah vaskularisasinya dan bertambah lunak. Proses ovulasi berhenti, vagina dan vulva berwarna lebih merah atau kebiruan. Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastin di bawah kulit sehingga timbul stirae gravidarum [Mochtar, (2011) dan Bobak, Lowdermilk & Jensen (2004)].

Kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di bawah *proxesus xiphoideus*. Pengukuran tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan yaitu dari usia kehamilan 22 minggu sampai 40 minggu hasilnya sesuai umur kehamilan atau ± 2 cm (Saifuddin, 2009).

b. Payudara

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat terjadi noduli -noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru (Mochtar, 2011; Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

c. Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

d. Sistem respirasi

Pada kehamilan 32 minggu ke atas desakan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak akibatnya ibu akan merasa sulit bernafas (Saifuddin, 2009) dan (Manuaba. F, dan Manuaba.B , 2012).

e. Sistem pencernaan

Tingkat metabolik basal pada wanita hamil meningkat hingga 15-20% terutama pada trimester akhir. Terjadi kebutuhan protein dan kalori meningkat. Wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil

dan kadang dijumpai glukosuria, serta berat badan ibu hamil akan meningkat [Mochtar, (2011) dan Bobak, Lowdermilk & Jensen (2004)].

f. Sistem pekemihan

Pada akhir kehamilan, muncul keluhan sering berkemih karena kepala janin mulai turun ke PAP. Desakan ini menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urin pun makin bertambah (Manuaba.F, dan Ida Bagus Gede Manuaba, 2010).

c. Perubahan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Varney (2006), menyebutkan perubahan psikologi ibu hamil alami pada trimester III dapat dijabarkan sebagai berikut :

1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir cukup waktu
3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
6) Merasa kehilangan perhatian
7) Perasaan mudah terluka (sensitif)
8) Libido menururun

d. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Pada saat memasuki kehamilan trimester ke III, nafsu makan baik. Adapun beberapa zat yang diperlukan yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, kalsium dan zat besi. Minum air putih minimal 8 gelas per hari juga sangat penting (Varney, 2007).

2) Istirahat dan tidur.

Waktu yang dibutuhkan ibu hamil trimeter ketiga untuk tidur malam yaitu 8 jam dan tidur siang ± 1 jam. Pada kehamilan trimester III sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan adalah miring kiri. Kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal (Varney, 2007).

3) Pakaian

Ibu dianjurkan untuk menggunakan pakaian yang longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut serta mengganti pakaian dalam setiap hari (Varney, 2007).

4) Eliminasi

Pada kehamilan trimester III ibu mengalami sering buang air kecil karena penekanan kandung kemih akibat penurunan kepala janin ke pintu atas panggul. Selain itu, perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan usus besar, sehingga buang air besar mengalami konstipasi atau sembelit (Varney, 2007).

5) Perawatan payudara

Perawatan payudara sering disebut *breast care* bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara, memperbanyak atau memperlancar pengeluaran ASI sehingga terjadi kesukaran dalam menyusukan bayinya. Perawatan payudara dilakukan dengan cara pengurutan atau pemijatan secara merata pada payudara (Anggraini Y, 2010).

Puting susu harus dibersihkan jika kolustrum keluar. Puting susu yang masuk diusahakan supaya keluar dengan pemijatan dengan cara memilin puting susu kearah luar dengan penarikan lembut agar puting yang masuk perlahan – lahan menonjol keluar dapat dilakukan setiap mandi dan hindari memilin puting susu pada umur kehamilan yang belum aterm atau sebelum 36 minggu karena sangat merangsang terjadinya kontraksi (Varney, 2007).

6) Senam hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyulit yang menyertai kehamilan yaitu penyakit jantung, penyakit ginjal, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan kelainan letak), dan kehamilan disertai anemia. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24 sampai 28 minggu (Manuaba. Fajar, dan Ida Bagus Gde Manuaba, 2010).

7) Persiapan persalinan

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarganya dan bidan. Ada 5 komponen penting dalam rencana kehamilan yaitu: tempat persalinan, memilih tenaga kesehatan terlatih, transportasi ke tempat

persalinan, biaya yang dibutuhkan selama persalinan, calon pendonor apabila terjadi kegawatdaruratan dan pedamping selama persalinan (Varney, 2007).

8) Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT)

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan dan meningkatkan kekebalan tubuh seseorang terhadap suatu penyakit yang apabila terpapar dengan penyakit tersebut, orang tersebut hanya akan merasakan sakit ringan atau tidak sakit. Imunisasi *Tetanus Toxoid* ini merupakan cara membangun kekebalan tubuh sebagai upaya untuk pencegahan pada infeksi tetanus. Vaksin TT merupakan vaksin yang berisikan *toxoid tetanus* telah dilemahkan dan dimurnikan (Departemen Kesehatan R.I, 2009).

Imunisasi pencegahan untuk penyakit tetanus dilakukan melalui dengan beberapa tahapan – tahapan sesuai dengan kelompok umur. Imunisasi DPT atau Pentabio 2 diberikan pada bayi umur 2 sampai dengan 11 bulan sebanyak 3 kali dengan interval pemberian waktu minimal 4 minggu. Selanjutnya DT diberikan pada anak umur 6 smapai dengan 7 tahun atau kelas satu SD sebanyak satu kali sebagai imunisasi ulang. Pemberian Imunisasi TD pada siswa sekolah dasar pada kelas dua dan tiga masing - masing satu kali dan terakhir diberikan imunisasi TT pada WUS, ibu hamil dan calon pengantin (Departemen Kesehatan R.I, 2009).

e. Stimulasi bagi pekembangan otak janin.

Menurut Kementerian Kesehtaan R.I dalam buku Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil (2012) ada dua faktor yang saling terkait dalam membentuk kecerdasan adalah faktor keturunan (genetik) dan faktor lingkungan. Tiga hal pokok dalam mengembangkan kecerdasan sejak janin yaitu :

(1) Kebutuhan fisik - biologis, diperoleh dengan cara pemenuhan gizi yang cukup untuk mendukung perkembangan otak.

(2) Kebutuhan emosi, pemenuhan kebutuhan ini sangat penting untuk membentuk kecerdasan emosional dalam membina hubungan interpersonal dengan keluarga dan masyarakat di masa depan.

(3) Kebutuhan stimulasi, rangsangan atau stimulasi diberikan secara konsisten dengan cara melatih sistem sensorik dan motorik anak melalui pendidikan.

Stimulasi otak janin (*Brain Booster*) dilakukan pada masa kehamilan yang bertujuan meningkatkan kcerdasan bayi yang akan dilahirkan. Stimulaasi yang dapat dilakukan selama kehamilan yaitu stimulasi dengan cara melakukan rangsang auditorik (pendengaran) seperti mendengarkan musik Mozart atau berkomunikasi dengan janin yang ada di dalam perut ibu, dan stimulasi dengan metode sentuhan seperti usapan pada perut. Anak yang tidak banyak distimulasi sejak dalam kandungan, otaknya akan lebih kecil 30 persen dibandingkan anak yang mendapatkan stimulasi secara optimal (Kementerian KesehatanR.I, 2012).

f. Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III

Varney (2006), menyebutkan beberapa ketidaknyaman yang dialami ibu hamil selama trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

1) Nyeri ulu hati, cara mengatasi dengan makan sedikit-sedikit tapi sering, hindari makanan yang pedas, makanan berminyak, hindari makan berat atau makanan lengkap sesaat sebelum tidur, tinggikan bagian kepala tempat tidur
2) Konstipasi, dengan makan makanan tinggi serat, buah, sayuran, minum air hangat saat bangkit dari tempat tidur, dan berjalan setiap hari.

3) Hemorhoid, hindari konstipasi, hindari mengejan, mandi berendam air hangat atau kompres es untuk mengurangi hemoroid.
4) Insomnia, dengan menganjurkan ibu untuk minum air hangat sebelum tidur, dapat mandi dengan menggunakan air hangat, ambil posisi relaksasi.
5) Kram otot betis, dengan perbanyak makanan yang mengandung kalsium dan fospor, anjurkan elevasi kaki secara teratur.
6) Buang air kecil yang sering, dengan minum terakhir minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum kafein, perbanyak minum di siang hari tanpa mengurangi kebutuhan minum minimal 8 gelas per hari, dan anjurkan ibu untuk melakukan senam kegel.
7) Sesak nafas, dengan latihan pernafasan atau pegang kedua tangan di atas kepala yang akan memberikan ruang bernafas lebih luas.
8) Mudah lelah, dengan beristirahat dan tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat.

g. Standar Pelayanana Antenatal

Menurut Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kementrian Kesehatan RI (2013) adapun standar pelayanan anatenatal yaitu bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi : anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal sesuai dengan standar 10 T yaitu:

1) Melakukan pengukuran timbang berat badan dan tinggi badan, berat badan ibu hamil akan meningkat minimal sebanyak 1 kilogram setiap bulannya dan tinggi badan ibu harus diatas 145 cm jika tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dicurigai ibu mengalami risiko panggul sempit.

2) Pemeriksaan tekanan darah, dilakukan untuk mengetahui tekanan darah ibu apakah ada peningkatan atau masih dalam batas normal, jika terjadi peningkatan ibu dapat mengalami resiko tekanan darah tinggi dalam kehamilan yang berujung preeklamsia sampai eklamsia.

3) Menilai status gizi dengan mengukur lingkar lengan atas, nilai lingkar lengan atas ibu hamil normal yaitu ≥ 23,5 cm jika lingkar lengan ibu dibawah 23,5 cm maka dikawatirkan ibu mengalami kekurangan energy kronis dan dapat melahirkan bayi dengan berat badan lahir yang rendah atau dibawah 2500 gram.

4) pemeriksaan tinggi fundus uteri, dilakukan untuk mengetahui apakah pertumbuhan janin sesuai dengan umur kehamilan.

5) menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain misalnya kesempitan panggul. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/ menit menunjukkan ada tanda gawat janin, diwajibkan untuk segera melakukan tindakan rujukan.

6) Melakukan skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi *Tenatus Toxoid* (TT), memberikan suntik TT pada ibu hamil untuk mencegah penyakit tetanus pada ibu dan bayi.

Tabel 1 Rentang waktu pemberian immunisasi TT dan lama perlindungannya

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

7) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, ibu meminum 1 tablet perhari diimalam hari untuk mengurangi rasa mual saat mengonsumsi tablet besi, konsumsi tablet besi ini bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia

8) Melakukan pemeriksaan laboratorium, a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan. b) Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia). c) Tes pemeriksaan urine (air kencing). d) Tes pemeriksaan darah lainnya,sesuaiindikasi seperti malaria, HIV, sifilis dan lain lain.

9) Melakukan penatalaksanaan segera terhadap kasus atau masalah yang terjadi, jika ibu memiliki masalah, tenaga kesehatan akan segera mengambil tindakan yang diperlukan.

10) Melakukan temu wicara dan konseling, tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusu dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

Bidan memberikan pelayanan antenatal sebanyak minimal 4 kali selama kehamilan yang meliputi minimal satu kali pada trimester pertama (K1) hingga

umur kehamilan 14 minggu, pelayanan yang diberikan berupa pemeriksaan faktor risiko dan deteksi dini penyakit. Pemeriksaan kehamilan minimal satu kali pada trimester kedua (K2), 14 – 28 minggu pelayanan yang diberikan yaitu tindak lanjut hasil pemeriksaan pertama. Minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) 28 – 36 minggu, pelayanan yang diberikan berupa tindak lanjut hasil pemeriksaan kedua dan mendeteksi adanya komplikasi persalinan. Pemeriksaan keempat yakni setelah 36 minggu sampai lahir pelayanan yang diberikan berupa tindak lanjut hasil pemeriksaan ketiga dan mendeteksi adanya komplikasi persalinan serta persiapan persalinan.

h. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Pengertian KPD

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2010). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009).

2) Penyebab KPD

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

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

(Depkes, 2003). Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

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

c) Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mancapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usiakehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkanbuah kehamilanya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Winkjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008).

d) Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan

zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasikordis dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri (Manuaba, 2009). Menurut Depkes RI (2005), bahwa anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi : HB > 11 gram % tidak anemia, 9-10 gram % anemia sedang, < 8 gram % anemia berat.

Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari ibu ke plasenta dan janin, yang mempengaruhi fungsi plasenta itu sendiri. Fungsi plasenta yang menurun dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin. Anemia pada ibu hamil dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin, abortus, partus lama, sepsispuerperalis, kematian ibu dan janin, meningkatkan risiko berat badan lahir rendah, asfiksia neonatorum, ketuban pecah dini, dan prematuritas (Cunningham et al, 2013; Wiknjosastro, 2005).

Manuaba (2007) menyatakan bahwa anemia dalam kehamilan menyebabkan ibu hamil tidak begitu mampu untuk menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi serta menimbulkan hipoksia fetal dan

persalinan prematur sehingga meningkatkan resiko terjadinya ketuban pecah dini. Kadar hemoglobin yang rendah memungkinkan wanita hamil mudah mengalami infeksi. Defisiensi nutrisi dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap infeksi dan kekuatan membran kolagen, abnormalitas struktur kolagen dan perubahan matriks ekstraseluler. Anemia mempengaruhi kekuatan respon tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan kemampuan sel pembunuh alamiah. Mekanisme infeksi akan mengganggu proses kolagenolitik sehingga terjadi gangguan keseimbangan antara produksi Matrix Metalloproteinase (MMP) yaitu enzim yang diproduksi oleh matriks ekstraseluler termasuk kolagen dan yang menghambat produksi MMP. Selaput ketuban akan memberikan respon terhadap inflamasi sehingga menjadi tipis dan mudah pecah (Cunningham et.al, 2005).

Komplikasi yang terjadi akibat KPD dapat berdampak pada ibu dan janin atau bayi. Pada ibu antara lain adalah infeksi intrapartal, infeksi puerperalis, partus lama, perdarahan postpartum. Pada janin atau bayi akan mengalami prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia atau asfiksia, dan sindrom defermitas janin (Mochtar, 2013).

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

f) Riwayat KPD, pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian KPD dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi

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

g) Serviks yang inkompetensik, inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Manuaba, 2009).

h) Tekanan intra uterm yang meninggi atau meningkat secara berlebihan, tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

(1) Trauma : berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.

(2) Gemelli : kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga

menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

3) Tanda dan Gejala KPD

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2009).

4) Diagnosis

Menurut Sarwono (2010) apalagi bila pembukaan kanalis servikal belum ada atau kecil. Penegakkan diagnosis KPD dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi :

(a) Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina.

(b) Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, vernik kaseosa, rambut lanugo dan kadang-kadang bau kalau ada infeksi.

(c) Dari pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari cairan servikalis.

(d) Test nitrazin/lakmus, kertas lakmus merah berubah menjadi biru (basa) bila ketuban sudah pecah.

(e) Pemeriksan penunjang dengan menggunakan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban. Pemeriksaan air ketuban dengan tes leukosit esterase, bila leukosit darah lebih dari 15.000/mm3, kemungkinan adanya infeksi.

5) Komplikasi

Komplikasi merupakan penyakit yang menyertai penyakit lain yang dapat menyebabkan terganggunya suatu sistem dalam tubuh dan yang biasa terjadi pada ibu yang mengalami KPD meliputi :

(a) Mudah terjadinya infeksi intra uterine

(b) Partus prematur.

(c) Prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba, 2009).

Terdapat tiga komplikasi utama pada neonatus yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu :

(a) Peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas

(b) Komplikasi selama persalinan dan kelahiran

(c) Risiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana risiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi (Sarwono, 2010).

6) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2010), meliputi :

(a) Konserpatif

(1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus dirawat dirumah sakit.

(2) Berikan antibiotika

(3) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.

(4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37minggu.

(5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.

(6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.

(7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).

(8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

(1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea.

(2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri dengan section sesarea

(3) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea

(4) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam

i. Induksi persalinan

1) Pengertian

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Sedangkan augmentasi atau akselerasi persalinan adalah meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan (Saifuddin, 2002).

Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa rupture membrane. Augmentasi merujuk pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin (Cunningham, 2013). Induksi diindikasikan hanya untuk pasien yang kondisi kesehatannya atau kesehatan janinnya berisiko jika kehamilan berlanjut. Induksi persalinan mungkin diperlukan untuk menyelamatkan janin dari lingkungan intra uteri yang potensial berbahaya pada kehamilan lanjut untuk berbagai alasan atau karena kelanjutan kehamilan membahayakan ibu. Adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklampsi berat, hipertensi akibat kehamilan, intrauterine fetal death (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan umbilical abnormal arteri doppler.

2) Kontra indikasi induksi persalinan

Kontra indikasi dari induksi persalinan serupa dengan kontra indikasi untuk menghindarkan persalinan dan proses persalianan spontan. Diantaranya yaitu : disproporsi sefalopelvik (CPD), plasenta previa, gamelli, polihidramnion,

riwayat sectio caesar klasik, malpresentasi atau kelainan letak, gawat janin, vasa previa, hidrosefalus, dan infeksi herpes genital aktif (Cunningham, 2013 & Winkjosastro, 2002).

Untuk dapat melaksanakan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi atau persyaratan sebagai berikut :

a) Tidak ada disroporsi sefalopelvik (CPD)

b) Sebaiknya serviks uteri sudah matang yakni serviks sudah mendatar dan menipis, hal ini dapat dinilai menggunakan table atau skor Bishop. Jika kondisi tersebut belu dipenuhi maka kita dapat melakukan pematangan serviks dengan menggunakan metode farmakologis atau dengan metode mekanis

c) Presentasi harus kepala atau tidak terdapat kelainan letak janin

d) Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun kedalam rongga panggul (Oxorn, 2010

Apabila kondisi – konsisi diatas tidak terpenuhi maka induksi persalinan mungkin tidak memberikan hasil yang diharapkan. Untuk menilai keadaan serviks dapat dipakai skor Bishop. Berdasarkan criteria Bishop yaitu :

a) Jika kondisi serviks baik (dengan jumlah skor 5 atau lebih), persalinan biasanya berhasil diinduksi dengan hanya menggunakan induksi

b) Jika kondisi serviks tidak baik (jumlah skor kurang dari 5), matangkan serviks terlebih dahulu sebelum melakukan induksi (Yulianti, 2006 ; Cunningham, 2013)

3) Komplikasi

Komplikasi dapat ditemukan selama pelaksanaan induksi persalinan maupun setelah bayi lahir. Komplikasi yang dapat ditemukan antara lain: atonia uteri, hiperstimulasi, fetal distress, prolaps tali pusat, rupture uteri, solusio

plasenta, hiperbilirubinemia, hiponatremia, infeksi intra uterin, perdarahan post partum, kelelahan ibu dan krisis emosional, serta dapat meningkatkan pelahiran caesar pada induksi elektif (Cunningham, 2013 & Winkjosastro, 2002).

4) Proses induksi

Proses Induksi dapat dilakukan dengan dua cara, untuk memulai proses induksi yaitu kimia dan mekanik pada dasarnya, kedua cara ini dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglandin yang berfungsi sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi.

5) Macam – macam cara induksi

Proses induksi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara kimia atau medicinal (farmakologis). Metode farmakologis diantaranya yaitu pemberian prostaglandin E2 (dinoprostone, cervidil, dan prepidil), prostaglandin E1 (Misoprostol atau cytotec), dan donor nitrit oksida.Sedangkan ynag termasuk kedalam metode mekanis yakni kateter transservikal (kateter foley), ekstra amnionik salin infusion (EASI), dilator servikal higroskopik, dan stripping membrane (Cunningham, 2013).

a) Prostaglandin E2 (PGE2)

PGE2 tersedia dalam bentuk gel atau pesarium yang dapat dimasukkan intravaginal atau intraserviks. Gel atau pesarium ini yang digunakan secara lokal akan menyebabkan pelonggaran kolagen serviks dan peningkatan kandungan air di dalam jaringan serviks. PGE2 memperlunak jaringan ikat serviks dan merelaksasikan serabut otot serviks, sehingga mematangkan servik.

b) Prostaglandin E1 (PGE1)

Misoprostol atau cytotec adalah PGE1 sintetik, diakui sebagai tablet 100 atau 200 μg. Obat ini telah digunakan secara off label (luas) untuk pematangan serviks prainduksi dan dapat diberikan per oral atau per vagina. Misoprostol oral maupun vagina dapat digunakan untuk pematangan serviks atau induksi persalinan. Dosis yang digunakan 25 – 50 μg dan ditempatkan di dalam forniks posterior vagina. 100 μg misoprostol per oral atau 25 μg misoprostol per vagina memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan pada perempuan saat atau mendekati cukup bulan, baik dengan rupture membran kurang bulan maupun serviks yang baik. Misoprostol dapat dikaitkan dengan peningkatan angka hiperstimulasi, dan dihubungkan dengan rupture uterus pada wanita yang memiliki riwayat menjalani seksio sesaria.

c) Donor nitrit oksida

Beberapa temuan telah mengarahkan pada pencarian zat yang menstimulusi produksi nitrit oksida (NO) lokal yang digunakan untuk tujuan klinis diantaranya yakni, nitrit oksida merupakan mediator pematangan serviks, metabolit NO pada serviks meningkat pada awal kontraksi uterus, dan produksi NO di serviks sangat rendah pada kehamilan lebih bulan. Namun sejauh ini uji klinis belum menunjukkan bahwa donor NO sama efektifnya dengan prostaglandin E2 dalam menghasilkan pematangan serviks.

d) Pemberian oksitosin intravena

Tujuan induksi atau augmentasi adalah untuk menghasilkan aktifitas uterus yang cukup untuk menghasilkan perubahan serviks dan penurunan janin. Oksitosin diberikan dengan menggunakan protokol dosis rendah (1 – 4 mU/menit)

atau dosis tinggi (6 – 40 mU/menit), awalnya hanya variasi protokol dosis rendah yang digunakan di Amerika Serikat, kemudian dilakukan percobaan dengan membandingkan dosis tinggi, dan hasilnya kedua regimen tersebut tetap digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan karena tidak ada regimen yang lebih baik dari pada terapi yang lain untuk memperpendek waktu persalinan (Cunningham, 2013).

Dalam pemberian infuse oksitosin, selama pemberian ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan yaitu:

(1) Observasi ibu selama mendapatkan infuse oksitosin secara cermat

(2) Jika infuse oksitosin menghasilkan pola persalinan yang baik, pertahankan kecepatan infuse yang sama sampai pelahiran

(3) Ibu yang mendapat oksitosin tidak boleh ditinggal sendiri

(4) Jangan menggunakan oksitosin 10 unit dalam 500 ml (20 mIU/ml) pada multigravida dan pada ibu dengan riwayat operasi caesar

(5) Peningkatan kecepatan infus oksitosin dilakukan hanya sampai terbentuk pola kontraksi yang baik, kemudian pertahankan infus pada kecepatan tersebut. (Saifuddin, 2002)

e) Kateter transservikal (kateter foley)

Kateter foley merupakan alternatif yang efektif disamping pemberian prostaglandin untuk mematangkan serviks dan induksi persalinan. Akan tetapi tindakan ini tidak boleh digunakan pada ibu yang mengalami servisitis, vaginitis, pecah ketuban, dan terdapat riwayat perdarahan. Kateter foley diletakkan atau dipasang melalui kanalis servikalis (os seviks interna) di dalam segmen bawah uterus (dapat diisi sampai 100 ml). Tekanan kearah bawah yang diciptakan

dengan menempelkan kateter pada paha dapat menyebabkan pematangan serviks. Adapun teknik pemasangan kateter foley yaitu sebagai berikut:

(1) Pasang speculum pada vagina.

(2)Masukkan kateter foley pelan-pelan melalui servik dengan menggunakan cunam tampon.

(3) Pastikan ujung kateter telah melewati ostium uteri internum.

(4) Gelembungkan balon kateter dengan memasukkan 10 ml air.

(5) Gulung sisa kateter dan letakkan dalam vagina.

(6) Diamkan kateter dalam vagina sampai timbul kontraksi uterus atau maksimal 12 jam.

(7) Kempiskan balon kateter sebelum mengeluarkannya dan kemudian lanjutkan dengan infuse oksitosin (Saifuddin, 2002).

f) Dilator Servikal Higroskopik (Batang Laminaria)

Dilatasi serviks dapat juga di timbulkan menggunakan dilator serviks osmotik higroskopik. Teknik yang dilakukan yakni dengan batang laminaria dan pada keadaan dimana serviks masih belum membuka. Dilator mekanik ini telah lama berhasil digunakan jika dimasukkan sebelum terminasi kehamilan, tetapi kini alat ini juga digunakan untuk pematangan serviks sebelum induksi persalinan. Pemasangan laminaria dalam kanalis servikalis dan dibiarkan selama 12-18 jam, kemudian jika perlu dilanjutkan dengan infus oksitosin (Cunningham, 2013).

g) Stripping membrane

Yang dimaksud dengan stripping membran yaitu cara atau teknik melepaskan atau mamisahkan selaput kantong ketuban dari segmen bawah uterus. Induksi persalinan dengan “stripping” membran merupakan praktik yang umum

dan aman serta mengurangi insiden kehamilan lebih bulan. Stripping dapat dilakukan dengan cara manual yakni dengan jari tengah atau telunjuk dimasukkan dalam kanalis servikalis (Cunningham, 2013).

h) Stimulasi puting susu

Untuk stimulasi payudara gunakan pedoman CST dan pantau DJJ dengan auskultasi atau pemantauan janin dengan cardiotografi. Observasi adanya hiperstimulasi pada uterus (Varney, 2002).

i) Hubungan seksual

Hanya dilakukan apabila ketuban dalam keadaan utuh. Orgasme pada wanita akan menyebabkan kontraksi uterus, semen atau sperma mengandung prostaglandin, sehingga dapat pula merangsang kontraksi (Varney, 2002).

j) Minyak Castor

Digunakan pada serviks yang telah matang, efektif pada multigravida. Dosisnya 1-2 ons minyak Castor diminum dengan mencapur atau diikuti dengan jus jeruk atau minuman lain sesuai pilihan ibu. Namun setelah menggunakan cara ini, ibu dianjurkan untuk banyak minum (Varney, 2002).

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan normal merupakan suatu proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan yang cukup, letak memanjang atau sejajar sumbu badan ibu, presentasi belakang kepala, keseimbangan diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologik (Saifuddin, 2010).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup umur kehamilannya dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Manuaba, 2010).

b. Tahapan Persalinan

1) Kala I Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) servik membuka sampai 3 cm dan fase aktif (6 jam) servik membuka dari 4 sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif (Saifuddin, 2006).

Kala I persalinan merupakan mulainya proses persalinan hingga serviks mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten ditandai dengan pembukaan serviks sampai tiga cm yang berkisar delapan jam dan fase aktif dimulai dari pembukaan empat cm hingga pembukaan lengkap (10 cm) yang berkisar selama tujuh jam. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif (Saifuddin, 2009).

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan multigravida delapan jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida satu cm/jam dan pembukaan multigravida dua cm/jam (Manuaba. F, dan Ida Bagus Gde Manuaba, 2010).

Adapun kebutuhan ibu pada kala I Persalinan yang disebutkan oleh JNPK-KR (2008) adalah sebagai berikut :

a) Nutrisi : Anjurkan kepada keluarga ibu yang mendampingi untuk memberikan minum dan makanan yang berserat dan ringan sehingga mudah dicerna oleh ibu selama proses persalinan kala I.
b) Eliminasi : Menganjurkan ibu untuk berkemih selagi bisa agar penuhnya kandung kemih tidak menghambat proses penurunan kepala janin atau pembukaan serviks.
c) Pengurangan rasa nyeri : memberi KIE pada ibu dan pendamping cara pengurangan rasa nyeri yang dapat ibu dan pendamping lakukan.
d) Dukungan emosional : pemberian dukungan oleh keluarga dan tenaga kesehatan dengan cara mendampingi ibu pada proses persalinan, memberikan semangat dan pujian kepada ibu.

2) Kala II Persalinan

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2008). Menurut (JNPK-KR, 2017) gejala dan tanda kala II persalinan adalah:

a) Ibu merasa ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi.
b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
c) Perineum menonjol.
d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya kepala bayi melalui introitus vagina (JNPK-KR, 2008).

Adapun kebutuhan ibu pada kala II persalinan yang disebutkan oleh JNPK-KR (2008) adalah sebagai berikut :

a) Dukungan emosional : pemberian dukungan oleh keluarga dan tenaga kesehatan dengan cara mendampingi ibu pada proses persalinan, memberikan semangat dan pujian kepada ibu.
b) Nutrisi : Anjurkan kepada keluarga ibu yang mendampingi untuk memberikan minum dan makanan yang berserat dan ringan sehingga mudah dicerna oleh ibu selama proses persalinan kala II.
c) Eliminasi : Menganjurkan ibu untuk berkemih selagi bisa dengan cara mengunakan pispot atau dibantu mengunakan kateter agar penuhnya kandung kemih tidak menghambat proses penurunan kepala janin atau pembukaan serviks.
d) Mengatur posisi : posisi yang nyaman akan membuat ibu lebih tenang dalam menghadapi persalinan.
e) Peran pendamping : Peran pendamping sangat dibutuhkan oleh ibu pada Kala II ini selain member dukungan dan semangat , pendamping dapat membantu pemenuhan nutrisi ibu.
f) Pencegahan Infeksi : Menggunakan peralatan persalinan baik alat, maupun bahan yang sudah bersih dan disteril, juga pemberian salep mata pada bayi untuk pencegahan infeksi dini.

3) Kala III Persalinan

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui

vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Asrinah, Shinta Siswoyo Putri, dkk,2010)

Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder (Manuaba, 2006).

Adapun kebutuhan ibu pada Kala III perrsalinan ini dapat dijelaskan sebagai berikut

a) Nutrisi : Anjurkan kepada keluarga ibu untuk memberiann setidaknya teh hangat atau air putih kepada ibu setelah bayi lahir.
b) Pemberian suntikan oksitosin : menyuntikkan oksitosin sebanyak 10 unit setelah pemeriksaan bayi kedua dinyatakan tidak ada, agar kontraksi uterus menjadi kuat dan efektif untuk membantuk pelepasan plasenta.
c) Melakukan penegangan tali pusat terkendali : tali pusat ditegangkan dengan mengikuti alur kontraksi dan perlahan – lahan tali pusat akan memanjang dan sedikit demi sedikit plasenta akan terlepas dari dinding rahim.
d) Masase fundus uteri : Masase fundus dilakukan untuk mencegah pendarahan dan agar kita dapat merasakan apakah kontraksi kuat atau lemah jika lemah masase dilakukan sampai kontraksi adekuat dan dilakukan observasi kontraksi setiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua (Departemen Kesehatan R.I, 2008).

4) Kala IV Persalinan

Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan 7 observasi

terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Manuaba, 2006). Kebutuhan ibu bersalin pada Kala IV ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

a) Pemeriksaan uterus : pemeriksaan uterus ini betujuan untuk memeriksa kontraksi dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh bidan maupun ibu sendiri.Ibu akan diberi KIE mengenai cara menilai kontraksi dan cara masase fundus uteri saat uterus terasa lembek.
b) Penjahitan luka laserasi pada perineum :melakukan penilaian luka laserasi dan penjahitan agar robekan jalan lahir tidak menyebabkan infeksi.
c) Pemberitahuan keadaan ibu : pemberian evaluasi selama kala IV atau 2 jam post partum dengan mengukur tanda vital ibu untuk mencegah terjadinya kegawatdaruratan.
d) Pemberian nutrisi : pemberian makan dan minum setelah melahirkan dapat mebantu ibu untuk pulih lebih cepat pada persalinan normal.
e) Melakukan *hygiene* dan kenyamanan pasien : memberiakn pelayanan yang membuat pasien nyaman seperti membersihkan lingkungan setelah ibu bersalin, mengikat rambut ibu yang berantakan dan memberikan *underpad* untuk kenyamanan pasien dan mempermudah kita untuk melakukan pengecekan jumlah darah yang keluar (Rohani,dkk, 2011)

c. Faktor– faktor yang mempengaruhi persalinan yang disebut 5P

Beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yang sering disebut dengan 5 P (Bobak, Lowdermik, Jensen, dan Perry, 2005) yaitu :

1) Tenaga (*power*) meliputi :

a) Kekuatan primer yaitu kontraksi involuter ialah frekuensi, waktu antara awal suatu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya, durasi, dan intensitas (kekuatan kontraksi).

b) Kekuatan sekunder yaitu segera setelah bagian bawah janin mencapai panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar, dan ibu merasa ingin mengedan. Usaha untuk mendorong ke bawah inilah yang disebut dengan kekuatan sekunder.

2) Jalan lahir (*Passage*) yaitu panggul ibu, yang meliputi tulang yang padat,dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

3) *Passanger* merupakan penumpang yang meliputi janin dan plasenta.

4) Faktor psikologis ibu, yaitu pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional terhadap persiapan persalinan, dukungan dari keluarga maupun lingkungan yang berpengaruh terhadap psikologis ibu selama proses persalinan.

5) Faktor posisi ibu, ibu dapat mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

d. Lima Benang Merah dalam Persalinan

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut menurut JNPK-KR (2008), yaitu:

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusann klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh klien.

Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua keputusan akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien. Langkah membuat keputusan klinik:

a) Pengumpulan data: subjektif dan objektif
b) Diagnosis kerja
c) Penatalaksanaan klinik
d) Evaluasi hasil implementasi tatalaksana

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Konsep dari asuhan sayang ibu adalah:

a) Persalinan merupakan peristiwa alami
b) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal
c) Penolong memfasilitasi proses persalinan
d) Tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama semua pihak (penolong-klien-keluarga)

3) Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisahkan dari asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi antara lain : cuci tangan, memakai sarung tangan, memakai perlengkapan (celemek/baju penutup, kacamata, sepatu tertutup), menggunakan asepsis atau teknik aseptik, memproses alat bekas pakai, menangani peralatan tajam dengan aman, menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar. Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Yang diperhatikan dalam pencegahan infeksi:

a) Kewaspadaan standar
b) Mencegah terjadinya dan transmisi penyakit
c) Proses pencegahan infeksi instrumen dan aplikasinya dalam pelayanan
d) Barier protektif
e) Budaya bersih dan lingkungan yang aman

4) pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Pencatatan rutin adalah alat bantu yang sangat penting untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan yang diberikan sudah sesuai dan efektif. Dalam rekam medik terdapat dua pencacatan yang penting dalam kebidanan yaitu pendokumentasian SOAP (Subjek, Objek, Analisis dan Penatalaksanaan) dan partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

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

e) Mencatat kemajuan persalinan.

f) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.

g) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran

h) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

i) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan/atau bayinya.Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

a) Kelengkapan status klien.

b) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya.

c) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien.

d) Kesesuaian kelainan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih.

e) Upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan

5) Rujukan

Rujukan merupakan cara menyelamatkan nyawa ibu atau bayinya dimana dalam kondisi yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana lebih lengkap yang diharapkan mampu menyelamatkan jiwa. Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu

dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.Yang diperhatikan dalam rujukan adalah:

a) Alasan keperluan rujukan

b) Jenis rujukan (darurat atau optimal)

c) Tatalaksana rujukan

d) Upaya yang dilakukan selama merujuk

e) Jaringan pelayanan dan pendidikan

f) Menggunakan sistem umum atau sistem internal rujukan kesehatan

d. Perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu bersalin

2) Perubahan fisiologis

Berikut ini adalah perubahan fisiologis maternal selama persalinan menurut Varney (2007) :

a) Perubahan tekanan darah

Terjadi peningkatan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Posisi tubuh yang miring dapat menghindari terjadinya perubahan tekanan darah selama kontraksi. Rasa nyeri, takut, khawatir dapat meningkatkan tekanan darah.

b) Suhu

Terjadinya peningkatan suhu selama persalinan dan segera setelah melahirkan, peningkatan suhu ini secara normal berkisar 0,5-1 derajat celcius.

c) Pernapasan

Terjadinya perubahan pernafasan dikarenakan proses dalam mengedan dan pengaturan metabolisme sirkulasi oksigen dalam tubuh.

d) Perubahan saluran cerna

Absorpi makanan padat megalami perubahan menjadi lebih lama sedangkan makanan cair atau berserat tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan juga tetap sama

e. Perubahan psikologis pada ibu bersalin

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi. Salah satu upaya untuk pemenuhan kebutuhan psikologis wanita dalam persalinan adalah dengan memberikan asuhan sayang ibu (JNPK-KR, 2008).

f. Kebutuhan dasar ibu bersalin secara umum

Menurut JNPK- KR (2008) adapun kebutuhan dasar ibu hamil adalah sebagai berikut :

1) Dukungan emosional, perasaan takut dapat meningkatkan rasa nyeri, otot – otot tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan menyerah yang pada akhirnya akan mempengaruhi proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga atau petugas kesehatan.

2) Kebutuhan makanan dan cairan, makanan yang bersifat padat tidak dianjurkan diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Anjurkan anggota keluarga sesering

mungkin menawarkan minum dan makanan ringan seperti buah atau bubur selama proses persalinan.

3) Kebutuhan eliminasi, kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri, dapat dilakukan kateterisasi, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

4) Mengatur posisi, possisi yang nyaman akan membuat ibu lebih tenang dalam persalian, disini peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.

5) Peran pendamping, kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan pada ibu yang bersalin dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.

6) Pengurangan rasa nyeri, mengurangi rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan, dengan mengatur pernafasan, dengan miring kiri dan tidak terlentang terlalu lama atau tidak miring kanan terlalu lama, dan dapat dilakukan dengan mendengar musik yang disukai ibu atau musik relaksasi. Untuk pemijatan dapat dilakukan pada daerah pinggul dengan arah melingkar.

7) Pencegahan infeksi, menjaga lingkungan tetap bersih dan aman bagi ibu dan bayinya, juga akan melindungi penolong persalinan dan pendamping dari infeksi.

3. Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira enam minggu (Saifuddin, 2009).

b. Tahapan masa nifas

Menurut referensi dari Saifuddin (2009), pembagian nifas di bagi 3 bagian, yaitu :

1) *Immediate puerperium* adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam *postpartum* dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2) *Early puerperium* adalah keadaan yang terjadi pada permulaan masa nifas, waktu 1-7 hari setelah persalinan.
3) *Later puerperium* adalah waktu 1-6 minggu setelah melahirkan atau waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna.

c. Perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas

1) Perubahan fisiologis

a) Perubahan Sistem Reproduksi

(1) Uterus : Involusi uterus ditandai dengan penuruanan ukuran serta berat dan perubahan pada lokasi uterus yang juga diandai dengan warna dan jumlah *lochea*. Segera setelah melahirkan, fundus uteri akan terukur 2 cm di bawah pusat. Dalam beberapa hari kemudian perubahan involusi berlangsung dengan

cepat, fundus turun ±1-2 cm setiap 24 jam, hari ke enam dipertengahan pusat simpisis, dan hari ke-9 tidak teraba (Varney, 2007).

(2) *Lochea* : Menurut Sofian (2011), Lochea dibagi menjadi beberapa macam yaitu: *Lochea rubra* yang berisi darah segar, selama 2 hari pasca persalinan. *Lochea Sanguinolenta* yang berwarna merah kuning, berisi darah, lendir, keluar pada hari ke 3-7. *Lochea Serosa* yang berwarna kuning, tidak mengandung darah, dan keluar pada hari ke 7-14. *Lochea Alba* yang berwarna putih dan keluar setelah 2 minggu pasca persalinan.

(3) Payudara : Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya laktasi. Perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan, kolostrum sudah ada pada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau ketiga setelah persalinan (Varney, 2007).

2) Perubahan psikologis

Teori dari Reva Rubin (1977) dalam Sulistyawati (2009), Proses persalinan dan lahirnya bayi memberikan arti dan makna yang sangat besar bagi seorang ibu. Bahkan sering kali dapat mengubah sikap dan psikologis orang tua. “Seorang ibu yang baru melahirkan mengalami adaptasi psikologis pada masa nifas dengan melalui tiga fase penyesuaian ibu (tahap ibu) terhadap perannya sebagai ibu”. Tiga fase adaptasi psikologis ibu nifas dapat dipaparkan sebagai berikut :

a) Fase *taking in*, hari pertama sampai kedua setelah persalinan, ibu akan mengulang menceritakan pengalaman persalinanya, khawatir pada tubuhnya, masih pasif dan memerlukan bantuan dari orang terdekat.

b) Fase *taking hold*, fase ini berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan sudah mulai ada rasa tanggungjawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Perhatian terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya misalnya kelancaran buang air besar. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas petugas kesehatan antara lain mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka laserasi jalan lahir, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kesehatan diri dan lain-lain.

c) Fase *letting go*, fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini terjadi setelah tiba dirumah. Pada masa ini ibu akan mengambil tanggung jawab penuh dan harus segera beradaftasi dengan segala kebutuhan bayi.

d. Tanda bahaya masa nifas

Beberapa wanita setelah melahirkan secara fisik merasakan ketidaknyamanan terutama pada 6 minggu pertama setelah melahirkan di antaranya mengalami beragam rasa sakit, nyeri, dan gejala tidak menyenangkan lainnya adalah wajar dan jarang merupakan tanda adanya sebuah masalah. Namun tetap saja, semua ibu yang baru melahirkan perlu menyadari gejala-gejala yang mungkin merujuk pada komplikasi *pasca* persalinan seperti pendarahan post partum, lochea yang berbau busuk, anemia post partum, payudara bengkak dan nyeri serta nyeri perut yang hebat (Murkoff, 2007).

Salah satu penyulit yang ada adalah puting susu lecet, terkadang puting payudara ibu terasa perih karena lecet. Untuk mengatasi hal ini, ibu bisa melakukan berbagai tindakan berikut:

1) Ibu mulai menyusui bayi menggunakan puting payudara yang tidak lecet.

2) Ibu menyusui bayi sebelum bayi merasa lapar.

3) Ibu tidak membersihkan puting payudara menggunakan sabun atau alkohol.

4) Ibu menyusui bayi dengan posisi yang tepat.

5) Ibu berupaya agar bayi mengisap puting payudara hingga areola.

6) Ibu melepas mulut bayi dari puting payudara secara perlahan.

7) Mengajarkan pada ibu cara melepas isapan bayi: jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu ditekan kebawah.

8) Ibu mengeluarkan sedikit ASI untuk dioleskan pada puting payudara setelah menyusui bayi.

9) Ibu membiarkan puting payudara mengering terlebih dahulu sebelum mengenakan bra.

10) Bila puting susu yang lecet tidak sembuh dalam seminggu, hendaknya ibu berkonsultasi dengan dokter (Prasetyono, 2009).

e. Kebutuhan dasar ibu nifas

Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (2013) memaparkan kebutuhan dasar ibu selama masa nifas sebagai berikut :

1) Kebersihan diri, mengajarkan teknik membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air, mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan

sesudah membersihkan daerah kelamin, menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.

2) Istirahat, beristirahat yang cukup agar tidak kelelahan. Karena kurangnya istirahat dapat menyebabkan produksi ASI berkurang, dan memperlambat proses involusi.

3) Kebutuhan gizi, ibu nifas harus mengonsumsi tambahan 500 kalori per hari, diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin), minum minimal 3 liter per hari, suplemen besi diminum setidaknya selama 40 hari pasca bersalin dan kapsul Vitamin. A 200.000 IU

4) Ambulasi dini, merupakan latihan berjalan pertama yang dilakukan oleh pasien. Ambulasi awal dilakukan dengan gerakan dan jalan-jalan ringan.

5) Eliminasi, ibu nifas tidak dianjurkan untuk menahan buang air kecil, karena dapat menyebabkan kontraksi uterus tidak baik dan infeksi pada kandung kemih, dalam 24 jam pertama, ibu juga sudah harus buang air besar.

6) Perawatan payudara, ibu nifas dan menyusui harus menjaga payudara tetap kering dan bersih, terutama pada puting susu dan harus menggunakan bra yang menyokong payudara. Jika puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui. Apabila puting susu lecet berat, maka puting dapat diistirahatkan dan ASI dapat diminumkan dengan menggunakan sendok.

7) Hubungan seksual, hubungan seksual yang aman dilakukan apabila darah merah sudah berhenti dan tidak ada rasa nyeri jika dimasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina.

8) Senam nifas, senam sangat baik dilakukan oleh ibu, karena dapat mencapai pemulihan otot yang maskimal. Senam ini dilakukan pada ibu yang menjalani proses persalinan normal dan tidak ada penyulit.

9) Keluarga berencana, idealnya pasangan memiliki keturunan dengan jarak dua tahun dari kelahiran anak sebelumnya. Metode amenore laktasi dapat digunakan sebelum haid pertama kembali.

f. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012) menyebutkan, pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali yaitu :

1) Kunjungan nifas pertama (KF 1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda - tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, pemberian kapsul vitamin A dua kali, minum tablet darah setiap hari dan pelayanan KB *pasca* persalinan.

2) Kunjungan nifas kedua (KF 2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB *pasca* persalinan.

3) Kunjungan nifas lengkap (KF 3), pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang

keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB paca persalinan.

4. Bayi

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir dalam keadaan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan baru lahir 2500-4000 gram. Nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Dewi, 2010).

b. Komponen Asuhan Bayi Baru Lahir

Adapun komponen asuhan bayi baru lahir menurut JNPK-KR (2017), adalah sebagia berikut:

1) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu bayi lahir langsung menangis, tubuh bayi kemerahan, bayi bergerak aktif. Berat badan 2500 - 4000 gram.

2) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Hal yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum merawat tali pusat.

3) Pencegahan Infeksi

Bayi Baru Lahir sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir.

4) Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme pengaturan temperature tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermia, sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD dilakukan segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi kontak ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusu sendiri. Bayi diberi topi dan selimut.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Salep mata untuk mencegah infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi tersebut mengandung antibiotika atau *tetraksiklin 1%*. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif bila diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

7) Pemberian Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K *(phytomenadione*), injeksi 1 mg intramuscular setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

8) Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K, pada saat bayi berumur 2 jam. Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan diberikan BCG dan OPV pada saat sebelum bayi pulang dari klinik.

9) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting, banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

c. Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah periode adaptasi terhadap kehidupan diluar rahim. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

d. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Bayi lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta 7 adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

e. Penilaian segera bayi baru lahir

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu untuk menjawab usia gestasi cukup bulan atau tidak, warna ketuban, nafas dan tangan bayi, tonus otot bayi. Asuhan bayi baru lahir normal diberikan pada bayi dengan kondisi umur cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis, dan tonus otot baik (JNPK-KR, 2008).

f. Adaptasi bayi baru lahir terhadap lingkungan luar

1) Perubahan suhu tubuh

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi.Oleh

karena itu, segera setelah lahir kehilangan panas pada bayi harus dicegah (JNPK-KR, 2008).

2) Perubahan sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir akan terjadi proses pengantaran oksigen ke seluruh jaringan tubuh, maka terdapat perubahan yaitu penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta (Varney, 2007).

3) Perubahan sistem gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif matur. Kemampuan menelan dan mencerna makanan masih terbatas, kapasitas lambung kurang lebih 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan (Varney, 2007).

g. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir, Neontaus dan Bayi

Menurut Direktorat Kesehatan Anak Khusus (2010), tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh 2 faktor yatu faktor genetik dan faktor lingkungan. Optimalisasi faktor lingkungan untuk tumbuh kembang optimal meliputi 3 kebutuhan dasar yaitu :

1) Asuh

Asuh adalah kebutuhan yang meliputi :

a) Pangan atau kebutuhan gizi seperti IMD, ASI Eksklusif, MP-ASI, pemantauan panjang badan dan berat badan secara teratur

b) Perawatan kesehatan dasar seperti imunisasi sesuai jadwal

c) *Hygiene* dan sanitasi, sandang dan papan, kesegaran dan jasmani, dan pemanfaatan waktu luang.

2) Asih

Asih adalah ikatan yang erat serasi dan selaras antara ibu dan anaknya yang diperlukan pada tahun-tahun pertama kehidupan anak untuk menjamin tumbuh kembang fisik, mental, dan psikososial anak, seperti kontak kulit antara ibu dan bayi serta menimang dan membelai bayi.

3) Asah

Asah merupakan proses pembelajaran pada anak agar anak tumbuh dan berkembang menjadi anak yang cerdas, ceria dan berkarakter mulia, maka periode balita menjadi periode yang menentukan sebagai masa keemasan *(golden period)*, jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa krisis (*critical period*) yang tidak mungkin terulang. Oleh karena itu pengembangan anak usia dini melalui perawatan, pengasuhan dan pendidikan anak usia dini harus memperhatikan hal-hal seperti :

a) Stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak
b) Pengembangan moral, etika dan agama
c) Perawatn, pengasuhan, dan pendidikan anak usia dini
d) Pendidikan dan pelatihan

h. Standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, asuhan tali pusat, IMD, manajemen laktasi, pencegahan infeksi mata, pemberian vitamin K, pemberian vitamin A, pemberian imunisasi, pemeriksaan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

Primadi, dkk (2013) memaparkan, asuhan yang dapat diberikan untuk bayi baru lahir sampai masa neonatus ada tiga kali yaitu :

1) Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari 6 hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, dan imunisasi hepatitis B.
2) Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan pada hari ketiga sampai hari ke – 7 setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
3) Kunjungan neonatal lengkap (KN3) dilakukan pada saat usia bayi delapan sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

j. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya baru lahir diantaranya tidak mau menyusu, lemah, kejang-kejang, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60x/mnt), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus-menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat (Kemenkes R.I, 2017).

1) Ikterus Neonatorum

Salah satu tanda bahaya pada bayi baru lahir adalah ikterus neonatorum. Ikterus adalah perubahan warna kulit, sklera mata atau jaringan lainnya (membran mukosa) yang menjadi kuning karena pewarnaan oleh bilirubin yang meningkat kadarnya dalam sirkulasi darah. Bilirubin merupakan produk utama pemecahan

sel darah merah oleh sistem retikuloendotelial. Kadar bilirubin serum normal pada bayi baru lahir < 2 mg/dl. Pada konsentrasi > 5 mg/dl bilirubin maka akan tampak secara klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan membran mukosa yang disebut ikterus. Ikterus akan ditemukan dalam minggu pertama kehidupannya. Dikemukakan bahwa angka kejadian ikterus terdapat pada 50% bayi cukup bulan (aterm) dan 75% bayi kurang bulan (preterm) (Winkjosastro, 2007 a).

Ikterus sering kali muncul pada bayi yang baru lahir karena penumpukan bilirubin yang berlebihan di dalam darah dan jaringan, yaitu 60% pada bayi cukup bulan (aterm) dan 80% pada bayi tidak cukup bulan (prematur) (Ranuh, 2013).

2) Klasifikasi bayi ikterus

(a) Ikterus fisiologi

Ikterus fisiologi adalah warna kekuningan pada kulit yang timbul yang timbul pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah lahir yang tidak mempunyai dasar patologis dan akan menghilang dengan sendirinya pada hari ke-10 (Susilaningsih, 2013). Ikterus fisiologi memiliki tanda-tanda, antara lain sebagai berikut :

(1) Warna kuning akan timbul pada hari kedua atau ketiga setelah bayi lahir dan tampak jelas pada hari ke-5 sampai ke-6 dan menghilang sampai hari ke-10.

(2) Bayi tampak biasa, minum baik, berat badan naik biasa.

(3) Kadar bilirubin serum pada bayi cukup bulan tidak lebih dari 12 mg/dl dan pada BBLR 10 mg/dl dan akan hilang pada hari ke-14 (Maulida, 2014)

Ikterus patologi Ikterus Patologi adalah ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia (Marmi dan Rahardjo, 2012). Ikterus patologi memiliki tanda-tanda, antara lain sebagai berikut :

(a) Ikterus timbul dalam 24 jam pertama kehidupan, serum bilirubin total lebih dari 12 mg/dl.

(b) Peningkatan bilirubin 5 mg/dl atau lebih dari 24 jam.

(c) Konsentrasi bilirubin serum melebihi 10 mg/dl pada bayi < 37 minggu (BBLR) dan 12,5 mg/dl pada bayi cukup bulan.

(d) Ikterus yang disertai proses hemolisis

(e) Ikterus yang disebabkan oleh bayi kurang dari 2000 gram yang disebkan karena usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dan kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, syndrome gangguan pernapasan, infeksi, hipoglikemia, hiperkopnia dan hiperosmolitas darah sepsis (Maulida, 2014)

3. Penyebab ikterus dapat dibagi kepada tiga fase yaitu:

1) Ikterus Prahepatik : produksi bilirubin yang meningkat yang terjadi pada hemolisis sel darahmerah. Peningkatan pembentukan bilirubin dapat disebabkan oleh:

a) Kelainan sel darah merah

b) Infeksi seperti malaria, sepsis.

c) Toksin yang berasal dari luar tubuh seperti: obat – obatan, maupun yang berasal dari dalam tubuh seperti yang terjadi pada reaksi transfuse dan eritroblastosis fetalis.

2) Ikterus Pascahepatik : bendungan pada saluran empedu akan menyebabkan peninggian bilirubinkonjugasi yang larut dalam air. Akibatnya bilirubin mengalami akan mengalami regurgitasi kembali kedalam sel hati dan terus memasuki peredaran darah, masuk ke ginjal dan di eksresikan oleh ginjal

sehingga ditemukan bilirubin dalam urin. Sebaliknya karena ada bendungan pengeluaran bilirubin kedalam saluran pencernaan berkurang sehingga tinja akan berwarna dempul karena tidak mengandung sterkobilin.

3) Ikterus Hepatoseluler : erusakan sel hati menyebabkan konjugasi bilirubin terganggu sehinggabilirubin direk akan meningkat dan juga menyebabkan bendungan di dalam hati sehingga bilirubin darah akan mengadakan regurgitasi ke dalam sel hati yang kemudian menyebabkan peninggian kadar bilirubin konjugasi di dalam aliran darah. Kerusakan sel hati terjadi pada keadaan: hepatitis, sirosis hepatic, tumor, bahan kimia

4) Penatalaksanaan

a) Ikterus Fisiologis

Bayi sehat, tanpa faktor risiko, tidak diterapi. Perlu diingat bahwa pada bayi sehat, aktif, minum kuat, cukup bulan, pada kadar bilirubin tinggi, kemungkinan terjadinya kern kterus sangat kecil. Untuk mengatasi ikterus pada bayi yang sehat, dapat dilakukan beberapa cara berikut:

(1) Minum ASI dini dan sering

(2) Terapi sinar, sesuai dengan panduan WHO

(3) Pada bayi yang pulang sebelum 48 jam, diperlukan pemeriksaan ulang dan kontrol lebih cepat (terutama bila tampak kuning).

Bilirubin serum total 24 jam pertama > 4,5 mg/dL dapat digunakan sebagai faktor prediksi hiperbilirubinemia pada bayi cukup bulan sehat padaminggu pertama kehidupannya. Hal ini kurang dapat diterapkan di Indonesia karena tidak praktis dan membutuhkan biaya yang cukup besar.

b) Tata laksana Awal Ikterus Neonatorum (WHO):

(1) Mulai terapi sinar bila ikterus diklasifikasikan sebagai ikterus berat

(2) Tentukan apakah bayi memiliki faktor risiko berikut: berat lahir <2,5 kg, lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu, hemolisis atau sepsis

(3) Ambil contoh darah dan periksa kadar bilirubin serum dan hemoglobin, tentukan golongan darah bayi dan lakukan tes Coombs:

(a) Bila kadar bilirubin serum di bawah nilai dibutuhkannya terapi sinar, hentikan terapi sinar.

(b) Bila kadar bilirubin serum berada pada atau di atas nilai dibutuhkannya terapi sinar, lakukan terapi sinar

(c) Bila faktor Rhesus dan golongan darah ABO bukan merupakan penyebab hemolisis atau bila ada riwayat defisiensi G6PD di keluarga, lakukan uji saring G6PD bila memungkinkan.

c) Mengatasi hiperbilirubinemia

(1) Mempercepat proses konjugasi, misalnya dengan pemberian fenobarbital. Obat ini bekerja sebagai “enzyme inducer” sehingga konjugasi dapat dipercepat. Pengobatan dengan cara ini tidak begitu efektif dan membutuhkan waktu 48 jam baru terjadi penurunan bilirubin yang berarti. Mungkin lebih bermanfaat bila diberikan pada ibu kira-kira 2 hari sebelum melahirkan bayi.

(2) Memberikan substrat yang kurang toksik untuk transportasi atau konjugasi. Contohnya ialah pemberian albumin untuk mengikat bilirubin yang bebas. Albumin dapat diganti dengan plasma dengan dosis 15-20 mg/kgBB. Albumin biasanya diberikan sebelum transfusi tukar dikerjakan oleh karena albumin akan mempercepat keluarnya bilirubin dari ekstravaskuler ke vaskuler sehingga

bilirubin yang diikatnya lebih mudah dikeluarkan dengan transfusi tukar. Pemberian glukosa perlu untuk konjugasi hepar sebagai sumber energi.

(3) Melakukan dekomposisi bilirubin dengan fototerapi. Walaupun fototerapi dapat menurunkan kadar bilirubin dengan cepat, cara ini tidak dapat menggantikan transfusi tukar pada proses hemolisis berat. Fototerapi dapa digunakan untuk pra dan pasca transfusi tukar. Indikasi terapi sinar adalah:

(a) bayi kurang bulan atau bayi berat lahir rendah dengan kadar bilirubin >10mg/dL

(b) bayi cukup bulan dengan kadar bilirubin >15 mg/dL. Lama terapi sinar adalah selama 24 jam terus-menerus, istirahat 12 jam, bila perlu dapat diberikan dosis kedua selama 24 jam.

(4) Transfusi tukar pada umumnya dilakukan dengan indikasi sebagai berikut:

(a) Kadar bilirubin tidak langsung >20mg/dL

(b) Kadar bilirubin tali pusat >4mg/dL dan Hb <10mg/dL

(c) Peningkatan bilirubin >1mg/dL

5) Pencegahan

a) Pencegahan Primer

(1) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya paling sedikit 8 – 12 kali/hari untuk beberapa hari pertama.

(2) Tidak memberikan cairan tambahan rutin seperti dekstrose atau air pada bayi yang mendapat ASI dan tidak mengalami dehidrasi.

b) Pencegahan Sekunder

(1) Wanita hamil harus diperiksa golongan darah ABO dan rhesus serta penyaringan serum untuk antibody isoimun yang tidak biasa.

(2) Memastikan bahwa semua bayi secara rutin di monitor terhadap timbulnya ikterus dan menetapkan protocol terhadap penilaian ikterus yang harus dinilai saat memeriksa tanda – tanda vital bayi, tetapi tidak kurang dari setiap 8 – 12 jam.

d) Penilaian ikterus

Menurut Prawirohardjo (2006) ada beberapa cara untuk menentukan derajat ikterus yang merupakan resiko terjadinya kern – ikterus, misalnya dengan kadar billirubin bebas, kadar billirubin 1 dan 2 , atau secara klinis dilakukan dibawah sinar biaya *(day light).*

(1)Derajat Ikterus I, terjadi pada kepala dan leher kadar billirubin diperkirakan 5 mg%

(2) Derajat Ikterus II, terjadi pada derajat ikterus I ditambah dengan badan atas atau bagian dada sampai diatas pusat billirubin diperkirakan 9 mg%

(3) Derajat Ikterus III, terjadi pada dejarat ikterus II ditabah dengan badan bawah hingga tungkai kadar billirubin diperkirakan 11 mg%

(4) Derajat Ikterus IV, terjadi pada derajat ikterus III ditambah dengan ekstremitas yaitu lengan kaki bawah dan lutut kadar billirubin diperkirakan 12 mg%

(5) Derajat Ikterus V, terjadi pada derajat ikterus IV ditambah dengan telapak tangan dan kaki kadar billirubin diperkirakan 16 mg%

e) Hubungan ketuban pecah dini dengan ikterus neonatorum

Menurut Manuaba (2010) Ketuban Pecah Dini disebabkan oleh : ketegangan rahim berlebihan : kehamilan kembar, hidramnion, kelainan letak janin dalam rahim : letak sungsang, letak lintang, kemungkinan kesempitan panggul : perut gantung, bagian terendah belum masuk pap, disproporsi sefalopelvik, kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi yang menyebabkan

terjadi proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk preteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Komplikasi yang dapat terjadi itu salah satunya adalah Infeksi. Infeksi pada ketuban pecah dini terjadi resiko infeksi pada ibu dan anak, dimana pada ibu terjadi korioamnionitis (biasanya terjadi sebelum janin terinfeksi) sedangkan pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Pada ketuban pecah dini preterm lebih sering terjadi infeksi dari aterm. Secara umum semakin lama periode laten semakin meningkat insiden infeksinya.

Infeksi yang dapat terjadi pada bayi dengan ibu KPD yaitu tetanus neonatorum, selain tetanus terdapat juga sepsis neonatorum, hal ini terjadi karena banyak faktor infeksi pada masa perinatal yang belum dapat dicegah dan ditanggulangi. Masalah yang sering timbul sebagai 3 komplikasi sepsis neonatorum adalah meningitis, kejang, hipotermi, hiperbilirubinemia, gangguan nafas, dan minum (Depkes, 2007).

k. Pengertian Bayi (29 – 42 hari)

Anak berusia 29 hari sampai dengan 1 tahun merupakan masa bayi, sedangkan usia 1 – 5 tahun merupakan masa anak (Fida dan Maya, 2012). Bayi merupakan individu yang berusia 0-12 bulan yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat disertai dengan perubahan dalam kebutuhan zat gizi.

l. Tanda bayi sehat

Berat badan naik sesuai garis pertumbuhan, mengikuti pita hijau di KMS atau naik ke pita warna di atasnya, anak bertambah tinggi, kemampuan bertambah sesuai umur, jarang sakit.

m. Pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Adriana, 2013).

Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya skill (kemampuan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 2012).

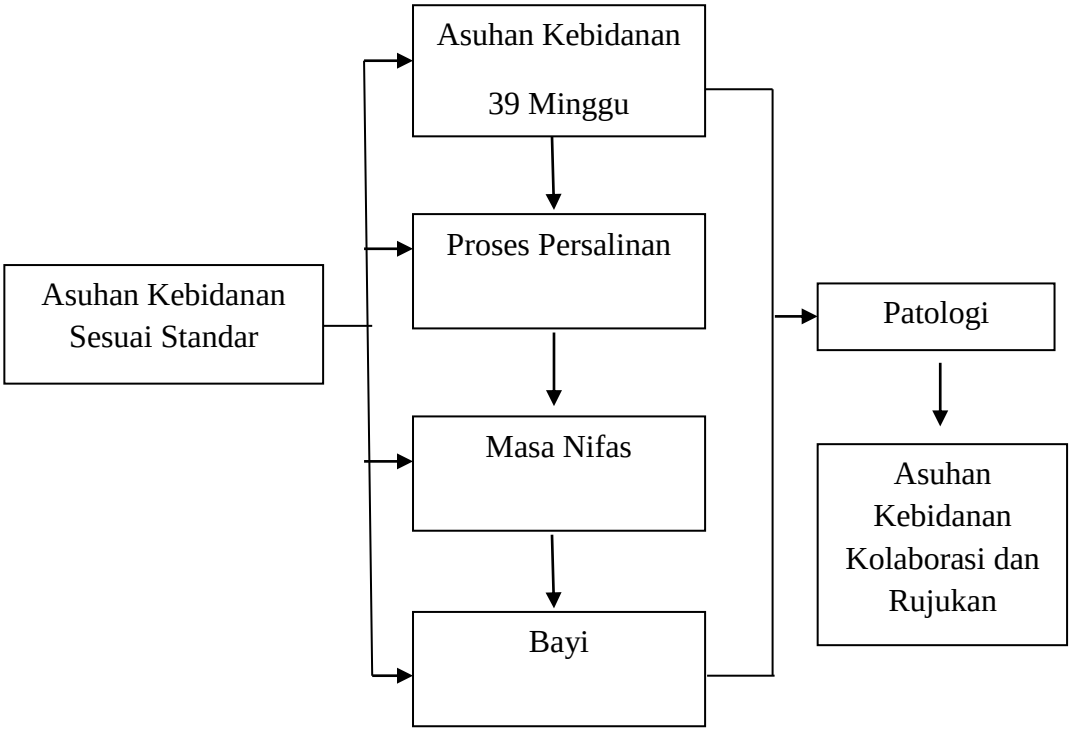
n. Pola asuh pada Bayi 29 – 42 hari

Pola asuh sesuai kondisi anak dengan penuh kasih sayang, berikan contoh yang baik dan terapkan nilai agama dalam kehidupan sehari-hari, ajarkan perbedaan baik dan buruk, perilaku sopan santun, saling menghargai dan menyayangi, luangkan waktu bersama anak, misalnya: bermain, bercerita dan lain-lain, perhatikan dan dengarkan pendapat anak, dan bantu anak mengatasi masalah, melatih dan mengenal kelebihan dan kekurangan anak dan tidak membandingkan dengan yang lain, ajarkan anak disiplin, mandiri dan percaya diri sesuai kemampuan anak, berikan pujian atau penghargaan jika berhasil melakukan hal yang baik, menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS), lindungi anak dari pengaruh negatif media.

Adapun asuhan lain yang dapat dilakukan dengan melakukan pemberian imunisasi, pemberian ASI Ekslusif sampai dengan 6 bulan, melakukan perawatan tali pusat dan menjaga kehangatan bayi, melakukan stimulasi untuk melatih indra pada bayi dan dapat dilakukan pemimbangan berat badan bayi untuk mengetahui status gizi (Departemen Kesehatan R.I, 2016)

5. Kerangka Konsep

Kerangka konsep asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut :



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus dan Bayi .