

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga kelahiran bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (Saiffudin, 2010).

b. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan Trimester III antara lain :

1) Kesemutan dan Baal pada Jari

Uterus membesar dan bertambah berat menyebabkan posisi bahu wanita hamil terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi untuk menyeimbangkan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan, yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari – jari, untuk mengatasinya antara lain membelat pergelangan tangan dan berbaring.

2) Nyeri Punggung Bawah

Hal ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar sehingga wanita hamil berjalan dengan ayunan ke belakang (lordosis). Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Nyeri punggung juga dapat merupakan akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban, terutama bila salah satu atau semua kegiatan ini dilakukan saat wanita tersebut sedang lelah (Varney, dkk., 2007).

c. Faktor Risiko/ Masalah dalam Kehamilan

1) Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya (Rochjati, 2011).

2) Kelompok faktor risiko/ masalah

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, dan III, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/ tingkat risikonya.

a) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO

Tabel 1. Faktor Risiko Kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan –Kondisi Ibu
1.	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
2.	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu terlambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4.	Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan: a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/ spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/ lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9.	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah di infus/transfusi pada perdarahan pasca melahirkan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber : Rochjati, 2011

b) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik (AGO)

Tabel 2. Faktor Risiko Kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
1.	Penyakit ibu hamil: a. Anemia b. Malaria c. Tuberkulosa Paru d. Payah jantung e. Kencing manis f. PMS, dll	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang – kunang Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala Batuk lama tidak sembuh – sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus Sesak napas, jantung berdebar, kaki bengkak Diketahui dan didiagnosa dokter dengan pemeriksaan lab Diketahui dan didiagnosa dokter dengan pemeriksaan lab
2.	Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi

No	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
3.	Hamil kembar/Gemeli Hamil kembar air/Hydramnion	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat Perut ibu sangat besar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
4.	Hamil lebih bulan/ hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
5.	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi, perut mengecil
6.	Kelainan letak	Rasa berat (<i>nggandol</i>) menunjukkan letak dari kepala janin:
	a. Letak sungsang	Di atas perut: kepala bayi ada di atas dalam rahim
	b. Letak lintang	Di samping perut: kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri

Sumber : Rochjati, 2011

c) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/ AGDO

Tabel 3. Faktor Risiko Kelompok III

No	Faktor Risiko (FR III)	Kondisi Ibu
1.	Perdarahan	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
2.	Preeklampsia berat Eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih: sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin Ditambah dengan terjadi kejang – kejang

Sumber : Rochjati, 2011

d. Jarak Kehamilan Kurang dari 2 Tahun

Menurut Rochjati (2011) Ibu hamil yang jarak kehamilan dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun, kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Menurut Krisnadi (2005), jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara 2 sampai 5 tahun. Jarak kehamilan yang dianjurkan pada ibu hamil yang ideal dihitung dari sejak ibu persalinan hingga akan memasuki masa hamil

selanjutnya yaitu 2-5 tahun. Menjaga jarak kehamilan bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada tubuh wanita untuk beristirahat pasca melahirkan (Rahmawati, 2012).

Pada penelitian Davanco dan lain - lain di Bangladesh kematian ibu paling tinggi ditemukan pada wanita hamil dengan jarak kehamilan <24 bulan, dibandingkan dengan wanita hamil dengan jarak kehamilan 24-59 bulan (Bazar, 2012). Menurut Kurnianingsih (2012) dari 29 ibu yang memiliki jarak kehamilan berisiko, 34,48% di antaranya mengalami perdarahan postpartum dan selebihnya selebihnya tidak mengalami perdarahan postpartum.

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain: perdarahan postpartum karena ibu masih lemah, bayi prematur/ lahir belum cukup bulan/ <37 minggu, dan Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR <2500 gram. Pertolongan dapat diberikan oleh tenaga kesehatan: KIE melakukan perawatan kehamilan teratur, KIE makan dengan nilai gizi seimbang, dan membuat perencanaan persalinan aman (Rochjati, 2011).

e. Riwayat Operasi Sesar

Istilah *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin caedere yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang

bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Lia *et.al*, 2010).

Menurut Chargin di dalam Cunningham, dkk., (2013) mengemukakan bahwa “sekali caesar, selalu caesar”. Williams menyebut pernyataan tersebut sebagai pernyataan yang dilebih – lebihkan. Banyak institusi terpercaya melaporkan angka kelahiran per vaginam setelah riwayat seksio caesar tanpa kesulitan sebesar 30 - 40%. Frekuensi kelahiran per vaginam setelah caesar (*vaginal birth after caesarn*) atau VBAC meningkat secara bermakna. Risiko ruptur uteri pada Ibu hamil dengan riwayat melahirkan sesar antara 0,7% sampai 0,9% (Cunningham, dkk., 2013).

Persyaratan untuk VBAC adalah bekas insisi tunggal yang melintang dan pada bagian cervical bawah uterus, indikasi untuk prosedur pertama bukan disproporsi, serta harapan akan kelahiran dan persalinan yang mudah. Kontraindikasinya adalah bekas insisi vertikal tipe apapun, insisi yang tipenya tidak diketahui, pernah sectio caesarea lebih dari satu kali, panggul sempit, presentasi abnormal (presentasi dahi, bokong, atau lintang), serta indikasi medis untuk segera mengakhiri kehamilan (Oxorn dan William., 2010).

Terjadi ruptur uteri pada VBAC dengan jarak kehamilan <12 bulan sebesar 4,8%; 13 sampai 24 bulan sebesar 2,7%; 25

sampai 36 bulan sebesar 0,9%; dan >36 bulan sebesar 0,9%. Maka direkomendasikan untuk wanita yang melahirkan antara 18 – 24 bulan setelah operasi sesar harus melakukan konsultasi dengan dokter mengingat risiko yang akan terjadi jika melakukan VBAC (Bujold and Gauthier, 2005).

Rekomendasi *the American College of Obstetricians and Gynecologist* tentang seleksi kandidat untuk kelahiran pervaginam dengan riwayat saesarea (VBAC) adalah riwayat satu atau dua kali sectio saesarea transversal rendah, panggul adekuat secara klinis, tidak ada jaringan parut atau riwayat ruptur uteri lain, sepanjang persalinan aktif selalu tersedia dokter yang mampu memantau persalinan dan melakukan sectio saesarea darurat, serta ketersediaan anestesi dan petugas untuk seksio saesarea darurat (Cunningham, dkk, 2013).

Risiko yang bisa terjadi pada wanita hamil yang melakukan VBAC:

1) Risiko pada Janin

Risiko kematian perinatal akibat kelahiran adalah 1,3 per 1.000 di antara 15.515 wanita yang menjalani VBAC. Data ini menunjukkan bahwa risiko absolut ruptur uterus akibat percobaan persalinan menyebabkan kematian atau cedera pada janin yaitu sekitar satu per 1.000.

2) Risiko pada Ibu

Dalam uji meta-analisis oleh Mozurkewich dan Hutton, sekitar separuh dari wanita yang menjalani percobaan persalinan memerlukan transfusi darah atau histerektomi dibandingkan dengan yang menjalani kelahiran caesar berulang. Dalam sebuah penelitian ditemukan bahwa komplikasi utama (histerektomi, ruptur uterus, atau cedera operasi) hampir dua kali lebih sering terjadi pada wanita yang menjalani percobaan persalinan dibandingkan dengan yang menjalani kelahiran caesar elektif kedua (Cunningham, dkk., 2013).

Kebutuhan pertolongan medik:

- 1) Saat hamil memeriksakan kehamilan pada bidan/Puskesmas
- 2) Pada ibu bekas operasi sesar, indikasi operasi yang lalu dapat:
 - a) Tetap ada, panggul sempit, maka persalinan yang sekarang harus ditolong dengan operasi sesar lagi.
 - b) Tidak tetap ada, misalnya perdarahan sebelum anak lahir. Namun persalinan ini perlu dipercepat dan dibantu dengan tindakan antara lain cunam tang, atau operasi sesar lagi.

Pertolongan dapat diberikan oleh tenaga kesehatan: KIE perawatan antenatal teratur ke bidan terdekat, merencanakan persalinan aman dengan ibu hamil, suami dan keluarga, serta Rujukan Terencana untuk melahirkan di Rumah Sakit, dan membantu adanya kesiapan mental, biaya (Rochjati, 2011).

f. Anemia

1) Pengertian Anemia Pada Kehamilan

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia kehamilan disebut "*potential danger to mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak) (Manuaba, dkk., 2010).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Saiffudin, 2009).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 g% (g/dl) sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Hoo Swie Tjiong menemukan angka anemia kehamilan 3,8% pada trimester I,

13,6% trimester II dan 24,8% pada trimester III (Manuaba, dkk., 2010).

Menurut Leiwakabessy (2013) dari 547 responden yang tidak anemia terdapat 67 (12,2%) responden yang mengalami KPD, dan dari 55 responden anemia terapat 41 (74,5%) yang mengalami KPD. Menurut Wahyuni dan Wulandari (2010) terdapat 63 responden yang melahirkan bayi prematur, dari 63 responden tersebut 42 diantaranya mengalami anemia pada kehamilan, sedangkan 21 tidak mengalami anemia.

Menurut Huda (2013) KPD karena faktor anemia menunjukkan bahwa sebanyak 82 responden (65,6%) sedangkan yang tidak mengalami anemia sebanyak 43 (34,4%) dari total keseluruhan 125 responden. Hal ini sejalan dengan teori dari Manuaba, dkk. (2010) yang menyatakan bahwa anemia selama kehamilan menyebabkan ibu hamil tidak begitu mampu untuk menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi.

Menurut penelitian Sulastri (2013) menunjukkan bahwa distribusi anemia pada persalinan preterm yaitu sebanyak 44 responden (69,8%) mengalami anemia dan 19 responden (30,1%) tidak mengalami anemia. Sedangkan pada

persalinan aterm 25 responden (39,6%) mengalami anemia dan 38 responden (60,3%) tidak mengalami anemia.

2) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang – kunang, dan keluhan mual – muntah lebih hebat pada hamil muda.

Tabel 4. Penggolongan Anemia

Hb 11 g%	tidak anemia
Hb 9-10 g%	anemia ringan
Hb 7-8 g%	anemia sedang
Hb <7 g%	anemia berat

Sumber: Manuaba (2010)

Keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia, adalah: Lemas badan, lesu, lekas lelah, mata berkunang – kunang, dan jantung berdebar (Rochjati, 2011).

3) Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi

Tabel 5. Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi

Kehamilan		Persalinan		Nifas		Bayi
Dapat terjadi abortus		Gangguan kekuatan	His/ mengejan	Sebinvolusi yang menyebabkan perdarahan postpartum	uteri	Abortus
Persalinan prematuritas		Kala pertama berlangsung lama		Mudah terjadi infeksi puerperium		Terjadi kematian intrauteri
Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim		Kala kedua menyebabkan kelelahan, sering		Terjadi penurunan produksi ASI		Persalinan prematuritas tinggi

Kehamilan	Persalinan	Nifas	Bayi
	kali diperlukan tindakan operasi		
Mudah terjadi Infeksi	Kala tiga dengan retensi plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri	Terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan	Berat Badan Lahir Rendah
Ancaman dekomposisi kordis (Hb < 6 g%)	Kala empat terjadi perdarahan postpartum karena atonia uteri	Anemia kala nifas	Dapat terjadi cacat bawaan
Molahidatidosa		Mudah terjadi infeksi mammae	Bayi mudah mengalami infeksi
Perdarahan antepartum			
KPD			

Sumber : Mangkuji, dkk., 2012

- 4) Kebutuhan pertolongan medik: perawatan antenatal yang teratur, pemberian gizi seimbang, pemberian obat – obatan, tablet zat besi (Rochjati, 2011).
- 5) Keperluan Zat Besi untuk Wanita Hamil

Tabel 6. Keperluan Zat Besi untuk Wanita Non-hamil, Hamil, dan Laktasi

Kategori	FNB AS	LIPI Indonesia
Non-hamil	12 mg	12 mg
Hamil	15 mg	17 mg
Laktasi	15 mg	17 mg

Sumber : Mochtar (2012)

- 6) Peningkatan Penyerapan Zat Besi
 - a) Minumlah zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan.
 - b) Hindari mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal).
 - c) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C).

- d) Masalah makanan dalam jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin.
- e) Makanlah daging, unggas, dan ikan. Zat besi yang terkandung dalam bahan makanan ini lebih mudah diserap dan digunakan dibanding zat besi dalam bahan makanan lain (Varney, dkk., 2007).

g. Pemantauan tumbuh kembang janin

Tabel 7. Memantau tumbuh kembang janin

(nilai normal)

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk – penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22 – 27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilkus dan prosesus sifoideus
29 – 35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber : Saifuddin (2009)

h. Rekomendasi Pertambahan Berat Badan

Tabel 8. Kisaran Pertambahan Berat Total yang Dianjurkan untuk Wanita Hamil dengan Janin Tunggal

IMT	Pertambahan Total yang Dianjurkan	
	Pon	Kilogram
Rendah (<19,8)	28-40	12,5 – 18
Normal (19,8-26)	25-35	11,5 – 16
Tinggi (>26-29)	15-25	7 – 11,5
Kegemukan (>29)	<15	<7

Sumber : Cunningham, dkk (2013)

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2011).

b. Tanda – tanda Persalinan

1) Tanda Menjelang Persalinaan

a) Untuk primigravida kepala janin telah masuk PAP pada minggu 36 yang disebut dengan *lightening*.

- (1) Rasa sesak di epigastrium semakin berkurang
- (2) Masuknya kepala janin menimbulkan sesak dibagian bawah dan menekan kandung semi.
- (3) Dapat menimbulkan sering kencing atau disebut polikasuria.
- (4) Pada pemeriksaan akan didapati: TFU semakin turun, serviks mulai lunak, meskipun belum ada pembukaan

b) *Braxton hicks* kontraksi makin frekuen

- (1) Sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit
- (2) Pengaruhnya terhadap effescement dan pembukaan serviks dapat mulai muncul

(3) Kadang-kadang pada multigravida sudah ada pembukaan

(4) Dengan stripping selaput ketuban akan dapat memicu his semakin frekuen dan persalinan dapat dimulai.

2) Tanda Mulai Persalinan

- a) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- c) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- d) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba, dkk., 2010).
- e) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
- f) Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Mochtar, 2011).

c. Tahap – tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan *serviks*, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Saifuddin, 2009). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan *serviks* berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4 cm, *fase dilatasi maksimal*, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4cm menjadi 9cm, dan *fase deselerasi*, dimana pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm (Mochtar, 2011).

Tindakan yang dilakukan saat persalinan kala I yaitu :
menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu, mengatur aktivitas dan posisi ibu, membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his, menjaga privasi ibu, menjaga kebersihan diri, penjelasan tentang kemajuan persalinan, memberi cukup minum, dan sentuhan.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam

pada multi (Saifuddin, 2009). Pada kala ini his semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak, rasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Manuaba, dkk., 2010).

Tindakan yang dilakukan pada saat persalinan kala II memimpin persalinan, bernapas selama persalinan, pemantauan DJJ, melahirkan bayi, bayi dikeringkan dan dihangatkan, dan merangsang bayi (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. (Saifuddin, 2009).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. (Saifuddin, 2009).

3. Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2010).

b. Tahapan masa nifas

Menurut Rustam Mochtar (2011), tahapan nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu:

1) Puerperium dini

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

2) Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Helen Varney, perubahan selama masa puerperium diantaranya tersebut terjadi pada:

1) Uterus

Tabel 9. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gram
6 minggu	Normal	50 gram
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gram

Sumber : Sofian, 2011

2) Lokia

Lokia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Lokia ada 4 macam yaitu lokia rubra (cairan berwarna merah selama 2 hari pascapersalinan), lokia sanguinolenta (merah kekuningan pada hari ke-3 sampai 7 pascapersalinan), lokia serosa (kekuningan pada hari ke 7 sampai 14 pascapersalinan) dan lokia alba (putih pada hari ke 14 atau lebih pascapersalinan) (Mochtar, 2011).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Saifuddin, 2010 pada masa pasca persalinan seorang ibu membutuhkan :

- 1) Informasi dan konseling tentang perawatan bayi dan pemberian ASI, apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul, kesehatan pribadi, hygiene, masa penyembuhan, kehidupan seksual, kontrasepsi, dan nutrisi

2) Dukungan dari : petugas kesehatan dan keluarga.

3) Pelayanan kesehatan

e. Kunjungan Nifas

Kebijakan program nasional yang telah dibuat oleh pemerintah mengenai masa nifas merekomendasikan paling sedikit empat kali.

Tabel 10. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam postpartum	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri • Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila berlanjut • Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri • Pemberian ASI awal • Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir <p>Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia</p> <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau • Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal • Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat • Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit • Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami • Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : Kemenkes RI, 2007

4. Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian BBL

BBL adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai usia 1 bulan. Bayi baru lahir fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram (Depkes RI, 2007).

b. Tanda - tanda Bayi Lahir Sehat

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu: berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37 – 40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan Kehilangan Panas
- 2) Pembersihan Jalan Napas
- 3) Memotong dan Merawat Tali Pusat
- 4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi
- 5) Identifikasi
- 6) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus (Saifuddin, 2010).

Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M (Saifuddin, 2009)

7) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin (Saifuddin, 2010).

8) Imunisasi Hb0 dan BCG

Pada bayi baru lahir diberikan vaksin hb₀ paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian vit.K 1. Bayi baru lahir dari ibu HbsAg positif, diberikan vaksin hepatitis b dan imunoglobulin hepatitis B (HBIg) pada ekstremitas yang berbeda. Vaksinasi selanjutnya dapat menggunakan vaksin hepatitis B monovalen atau vaksin kombinasi. Setelah pemberian vaksin hepatitis B diberikan vaksin BCG, pemberian dianjurkan sebelum umur

3 bulan, optimal umur 2 bulan. Apabila diberikan sesudah umur 3 bulan perlu dilakukan uji tuberkulin (IDAI, 2014).

d. Ikterus

- 1) Ikterus fisiologis ialah :
 - a) Ikterus yang timbul pada hari kedua atau ketiga
 - b) Tidak mempunyai dasar patologis
 - c) Kadarnya tidak melampaui kadar yang membahayakan
 - d) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi
- 2) Ikterus patologis ialah :
 - a) Ikterus yang mempunyai dasar patologis
 - b) Kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia

Tabel 11. Rumus Kramer

Daerah	Luas ikterus	Kadar Bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) badan bagian atas	9
3	Daerah 1,2 (+) badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1,2,3 (+) lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 (+) tangan dan kaki	16

Sumber : Saifuddin, 2009

Ikterus baru dikatakan fisiologis apabila sesudah pengamatan dan pemeriksaan selanjutnya tidak menunjukkan dasar patologis dan tidak mempunyai potensi berkembang menjadi *kern-icterus*, yaitu suatu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak.

Tabel 12. Bagan Penanganan Ikterus Bayi Baru Lahir

Kategori Penilaian	Normal	Fisiologik	Patologik
• Daerah ikterus	1 1-2	1 + 2 >3	1 sampai 5
• Kuning hari ke :	≤5 mg%	5-9 mg%	1 sampai 5 >3
• Kadar bilirubin		11-15 mg%	>20 mg%
Penanganan			
Bidan atau Puskesmas	Terus diberi ASI	<ul style="list-style-type: none"> Jemur di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit Badan bayi telanjang, mata ditutup Banyak minum 	<ul style="list-style-type: none"> Rujuk ke RS Banyak minum
Rumah Sakit	Sama dengan diatas	Sama dengan diatas	Terapi sinar Terapi sinar <ul style="list-style-type: none"> Periksa golongan darah ibu dan bayi Periksa kadar bilirubin
		Nasihat bila semakin kuning, kembali	Waspada bila kadar bilirubin naik >0,5 mg/jam Tukar darah

Sumber : Saifuddin, 2009

5. Keluarga Berencana

a. Metode Keluarga Berencana

Tabel 13. Jenis dan Waktu yang Tepat untuk ber-KB

Postpartum	KB suntik Norplant (KB susuk)/implanon AKDR Pil KB hanya progestin Kontap Metode sederhana
Postmenstrual regulation	KB suntik
Pasca-abortionus	KB susuk atau implanon
Saat menstruasi	AKDR Kontap Metode sederhana
Masa interval	KB suntik KB susuk atau implanon AKDR Metode sederhana
Post-koitus	KB darurat

Sumber : Manuaba dkk, 2010

b. Faktor yang Mempengaruhi Penilaian terhadap Metode

Kontrasepsi adalah sebagai berikut:

- 1) Keinginan untuk mengendalikan kehamilan secara permanen atau sementara.
- 2) Efektivitas metode yang digunakan; keefektifan metode kontrasepsi sangat beragam.
- 3) Efek samping dan pertanyaan yang mungkin muncul tentang keamanan suatu metode.
- 4) Kemungkinan manfaat kesehatan yang dapat diperoleh dari suatu metode.
- 5) Kemampuan suatu metode untuk mencegah penyakit (HIV; penyakit penularan seksual; kanker).
- 6) Perkiraan lamanya penggunaan metode kontrasepsi.
- 7) Biaya, frekuensi hubungan seksual, jumlah pasangan seksual.
- 8) Faktor sosial (tren sosial saat ini terkait penggunaan berbagai metode).
- 9) Faktor keagamaan (apakah metode tertentu dikenakan sanksi oleh badan-badan keagamaan yang dianut individu atau pasangan).
- 10) Faktor psikologis (perasaan tentang prosedur yang digunakan, apakah hal tersebut terkait dengan aktivitas seksual, atau pengalaman masa lalu yang tidak menguntungkan karena penggunaan metode tertentu).
- 11) Kemudahan dalam menggunakan metode tertentu (kemampuan individu untuk menguasai teknik penggunaan

metode tertentu, seperti, penggunaan *servical cap*, diafragma; atau hal-hal yang harus dilakukan dalam penggunaan suatu metode, seperti; pemasangan AKDR, prosedur sterilisasi; atau apakah individu mampu konsisten dalam menggunakan pil).

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Affandi (2012) IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang.

a. Cara kerja IUD menurut Affandi (2012) antara lain :

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

b. Keuntungan IUD antara lain dapat segera efektif setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, Tidak mempengaruhi kualitas dan volume Air Susu Ibu, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), kembalinya kesuburan sangat tinggi segera setelah dilepas, tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi,

metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang (Affandi, 2012).

- c. Menurut Affandi (2012) keterbatasan IUD antara lain tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan Infeksi Menular Seksual atau perempuan yang sering berganti pasangan, pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan IUD, sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD yang biasanya menghilang dalam 1-2 hari, ada kemungkinan IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang segera setelah melahirkan), Ibu harus memeriksa posisi benang IUD.
- d. Yang dapat menggunakan IUD antara lain usia reproduktif, keadaan nullipara, ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, risiko rendah dari infeksi menular seksual (IMS), tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Affandi, 2012).

B. Konsep asuhan dasar kebidanan

Manajemen Asuhan Kebidanan yang digunakan adalah sesuai dengan KEPMENKES Nomer 938/ Menkes/ SK/ VIII/ 2007.

1. Standar I. Pengkajian

Waktu pengkajian (tanggal dan jam)

a. Data subjektif

- 1) Identitas ibu dan suami
- 2) Keluhan
- 3) Data kebidanan, meliputi : riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat obstetri, riwayat KB, riwayat kehamilan sekarang, imunisasi TT, ANC trimester 1 sampai 3
- 4) Data kesehatan, meliputi : riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan keluarga
- 5) Data kebiasaan sehari – hari, meliputi : nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, seksualitas
- 6) Data psikologi, data sosial, data spiritual

b. Data objektif : pemeriksaan umum, fisik, dan penunjang

2. Standar II. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Diagnosis kebidanan merupakan diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

3. Standar III. Perencanaan

4. Standar IV. Implementasi

Waktu (tanggal dan jam) dilakukan sesuai dengan perencanaan dan memenuhi kebutuhan sesuai dengan masalah yang dihadapi ibu.

5. Standar V : Evaluasi

Waktu (tanggal dan jam) evaluasi sesuai dengan implementasi tindakan yang dilakukan.

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Pencatatan hasil tindakan selanjutnya dilakukan dalam bentuk SOAP

- a. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- b. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- c. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- d. P adalah penatalaksanaan.

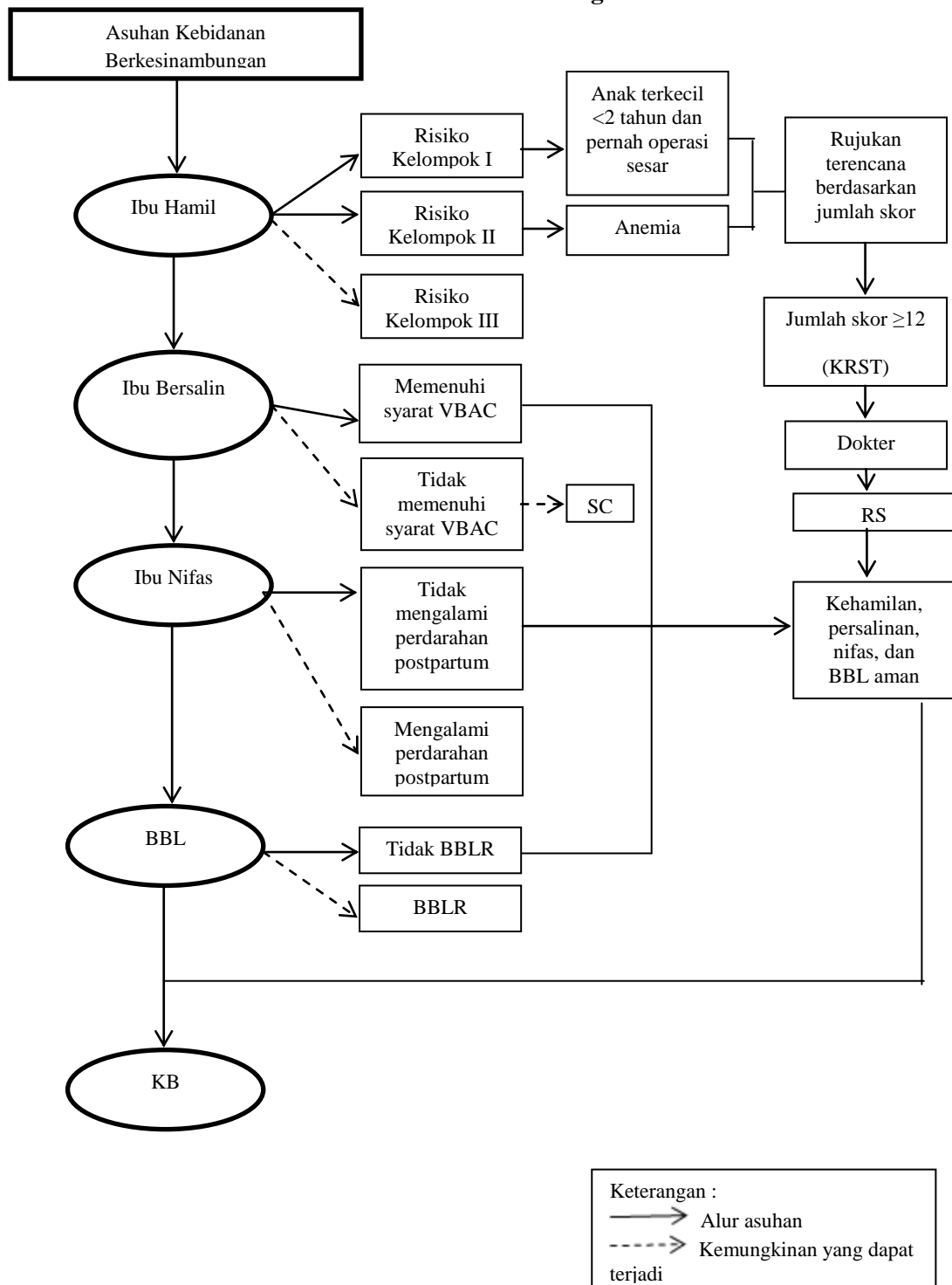
Bidan memiliki Standar Kompetensi Bidan yang terdapat di dalam Kepmenkes No. 369/ Menkes/ SK/ III/ 2007 tentang Standar Profesi Bidan yaitu:

1. Kompetensi ke-1 : bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu – ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.
2. Kompetensi ke-2 : bidan memberikan asuhan bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan

kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan menjadi orang tua.

3. Kompetensi ke-3 : bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
4. Kompetensi ke-4 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
5. Kompetensi ke-5 : bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
6. Kompetensi ke-6 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
7. Kompetensi ke-7 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
8. Kompetensi ke-8 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai budaya setempat.
9. Kompetensi ke-9 : melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

C. Flowchart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan



Gambar 1. Kerangka Asuhan Berkesinambungan Modifikasi dari Rochjati, 2011 dan Kemenkes RI, 2010