

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Tinjauan Teori Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Periode antepartum adalah proses kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Periode ini dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester I secara umum dipertimbangkan berlangsung pada minggu pertama hingga ke-12, trimester ke-2 pada minggu ke-13 hingga ke-27, dan trimester ke-3 pada minggu ke-28 hingga ke-40 (Varney *et al*, 2006).

b. Perubahan fisiologis kehamilan

Terdapat beberapa sistem tubuh yang mengalami perubahan selama kehamilan, yaitu:

1.) Sistem reproduksi

a.) Uterus

Hubungan antara besarnya uterus dengan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil ganda, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar. Dalam hal ini juga dapat digunakan untuk memantau perkembangan janin untuk mendeteksi lebih

awal apakah ada ketidaksesuaian tumbuh kembang janin dengan usia kehamilannya.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan (Kusmiati, 2010)

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (<i>Leopold</i>)	Tinggi Fundus Uteri (cm)
12	Di atas simfisis	-
16	Pertengahan pusat dan simfisis	-
20	Di pinggir bawah pusat	-
24	Di pinggir atas pusat	-
28	3 jari atas pusat	25
32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	27
36	1 jari bawah px	30
40	2-3 jari bawah px	33

Sedangkan menurut Saifuddin (2010) tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan pada kehamilan (20 minggu – 36 minggu) menggunakan rumus (usia kehamilan \pm 2) cm.

2.) Kulit

Pada kulit d inding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecokelatan yang disebut *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat

pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang setelah persalinan.

3.) Sistem kardiovaskular

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan ini akan mengurangi darah balik ke vena jantung yang berakibat hipotensi. Alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang.

4.) Sistem urinaria

Pada kehamilan yang semakin besar dengan kepala janin yang sudah masuk kedalam panggul, kandung kemih akan tertekan dan menimbulkan terjadinya sering berkemih.

5.) Traktus digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser dan akan terjadi penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin akan menimbulkan *pyrosis (heartburn)* karena asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan lambung, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar.

c. Ukuran – ukuran panggul normal

Adapun pada ibu hamil perlu dilakukan pemeriksaan panggul yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya sempit panggul.

Ukuran-ukuran panggul yang normal (Mochtar, 2011) adalah sebagai berikut:

- 1.) Distansia spinarum; jarak antara kedua spina iliaca anterior superior 24-26 cm
 - 2.) Distansia cristarum; jarak antara kedua crista iliaca kanan kiri 28-30 cm
 - 3.) Konjugata eksterna (boudeloque) 18 -20 cm
 - 4.) Lingkaran panggul 80-90 cm.
- d. Ketidaknyamanan umum selama kehamilan

Tidak semua wanita mengalami semua ketidaknyamanan yang umum muncul selama kehamilan, tetapi banyak yang mengalaminya dalam tingkat ringan ataupun berat. Berikut beberapa ketidaknyamanan selama kehamilan dan cara mengatasinya (Varney *et al*, 2006):

- 1.) Nausea

Nausea lebih kerap terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah pada pagi hari. Penyebab pastinya belum jelas terdeteksi. Cara mengatasinya yaitu dengan makan porsi kecil tapi sering, makan biskuit kering, jangan sikat gigi setelah makan, hindari makanan yang beraroma kuat atau menyengat.

- 2.) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih pada trimester ke-3 paling sering dialami pada wanita primigravida setelah *lightening* terjadi.

Tekanan ini yang menyebabkan wanita merasa perlu berkemih. Upaya yang dapat dilakukan dengan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam.

3.) Konstipasi

Pada trimester kedua dan ketiga akan mengalami konstipasi karena saat peningkatan jumlah progesteron akan berakibat relaksasi otot polos pada usus besar, pembesaran uterus yang menekan usus, dan efek samping penggunaan zat besi. Cara penanganannya yaitu dengan menambah asupan cairan yang adekuat, makan makanan berserat, istirahat cukup, dan konsumsi pelunak feses atau supositoria bila ada indikasi.

4.) Kram tungkai

Dasar fisiologis untuk kram belum diketahui secara pasti, diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalium atau asupan kalsium yang tidak adekuat, dan karena membesarnya uterus memberi tekanan pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi. Cara penanganannya dengan meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya, dorong ibu hamil melakukan latihan umum, meninggikan kaki secara teratur.

5.) Kesemutan atau baal

Hal ini biasa terjadi karena adanya gangguan oleh tekanan pada saraf median di pergelangan kaki maupun tangan. Gejala dapat terjadi pada salah satu ataupun keduanya, dan juga datang

pergi berulang kali. Cara mengurangi dan mengatasi hal tersebut adalah lakukan pijatan ringan pada tangan atau kaki. Gerakan pada bagian yang kesemutan dengan cara mengepalkan tangan bila kesemutan di tangan, bila kesemutan dikaki dapat dengan diangkat ke atas dan kebawah.

6.) Nyeri punggung bawah (non patologis)

Nyeri punggung bagian bawah merupakan nyeri yang terjadi pada area *lumbosacral*. Nyeri ini akan bertambah seiring membesarnya janin. Jika wanita tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan seperti ayunan. Lengkung ini kemudian akan terjadi peregangan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

Cara mengatasinya yaitu dengan: pertahankan postur tubuh yang baik, mekanik tubuh yang benar saat akan mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, kompres air hangat pada punggung bawah.

e. Anemia pada kehamilan

Pada kehamilan volum plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun, peningkatan volum plasma terjadi lebih besar daripada peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi (Saifuddin, 2010).

Suatu penelitian memperlihatkan perubahan konsentrasi Hb sesuai bertambahnya usia kehamilan. Pada trimester pertama,

konsentrasi Hb tampak menurun, kecuali pada perempuan yang telah memiliki kadar Hb rendah (<11,5 gr/dl). Konsentrasi paling rendah didapatkan pada trimester kedua, yaitu pada usia kehamilan sekitar 30 minggu. Pada trimester ketiga terjadi sedikit peningkatan Hb, kecuali pada perempuan yang memiliki kadar Hb tinggi (>14,6 gr/dl) pada pemeriksaan pertama (Saifuddin, 2010).

1.) Pengertian anemia

Anemia secara praktis didefinisikan sebagai kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit dibawah batas normal. Berikut batas anemia pada perempuan yang perlu mendapatkan suplemen besi menurut Saifuddin (2010).

Tabel 2.2 Nilai Batas untuk Anemia pada Perempuan

Status kehamilan	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil		
Trimester 1	11,0	33
Trimester 2	10,5	32
Trimester 3	11,0	33

Sedangkan klasifikasi anemia pada ibu hamil menurut Wasdinar dan Tarwoto (2007) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Klasifikasi Anemia Menurut Departemen Kesehatan dalam Wasdinar dan Tarwoto (2007)

Kadar Hb	Klasifikasi anemia
11 gr% – batas normal	Anemia ringan sekali
8 gr% - < 11 gr%	Anemia ringan
5 gr% - < 8 gr%	Anemia sedang
<5 gr%	Anemia berat

Untuk menegakkan diagnosis anemia dalam 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.

2.) Penyebab anemia pada ibu hamil

Penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi. Namun, penyebab mendasar anemia nutrisi meliputi asupan yang tidak cukup, absorpsi yang tidak adekuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi zat besi (Saifuddin, 2010).

Untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil, bidan juga harus memahami tidak hanya masalah medis, tetapi juga situasi sosial dan demografi yang menyebabkannya. Penyebab anemia pada kehamilan menurut Manuaba (2007):

a.) Kekurangan asupan zat besi

Kecukupan akan zat besi tidak hanya dilihat dari konsumsi makanan sumber zat besi tetapi juga tergantung bagaimana penyerapannya, yang membentuk 90 % Fe pada makanan seperti biji-bijian, sayur, telur, buah tidak mudah diserap tubuh.

b.) Peningkatan kebutuhan fisiologi

Kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan.

c.) Kebutuhan yang berlebihan

Bagi ibu yang sering mengalami kehamilan (multiparitas), kehamilan kembar, riwayat anemia, maupun perdarahan pada kehamilan sebelumnya membutuhkan pemenuhan zat besi yang lebih banyak.

d.) Malabsorpsi

Gangguan penyerapan zat besi pada usus dapat menyebabkan pemenuhan zat besi pada ibu hamil terganggu.

3.) Faktor-faktor kejadian anemia pada ibu hamil

a.) Tingkat pendidikan

Faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan menerapkan informasi kedalam kehidupan sehari-hari berupa pengetahuan tentang gizi. Banyaknya informasi yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan tubuh akan zat gizi dan kemampuan untuk menerapkan pengetahuan gizi ke dalam pemilihan pangan dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, 2008).

b.) Status ekonomi

Status ekonomi mempunyai efek pada terjadinya anemia, status ekonomi yang lebih rendah menimbulkan angka nutrisi buruk yang lebih tinggi, sehingga mengakibatkan angka anemia defisiensi zat besi lebih tinggi (Varney *et al*, 2006).

c.) Ras

Rata-rata orang kulit hitam kadar hemoglobinnya lebih rendah daripada orang kulit putih tanpa memperhatikan tingkat sosio-ekonomi (Varney *et al*, 2006).

d.) Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi tidak meminumnya secara rutin yang menyebabkan ibu hamil kekurangan besi (Arisman, 2010).

e.) Konsumsi zat besi bersamaan dengan kalsium

Mengonsumsi zat besi bersama dengan kalsium misalnya yang terkandung pada susu atau keju dapat menghambat penyerapan zat besi, dianjurkan untuk memberi sela selama 2 jam sebelum atau sesudah mengonsumsi zat besi (Ani, 2013)

4.) Cara peningkatan penyerapan zat besi

Beberapa cara untuk meningkatkan penyerapan zat besi menurut Varney *et al* (2006) adalah sebagai berikut:

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.) Masaklah makanan dengan jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin.

e.) Makanlah daging, unggas, ikan. Sebagaimana diketahui bahwa pangan nabati merupakan sumber zat besi *non heme*. Dalam penyerapannya, sumber zat besi *non heme* lebih rendah dibandingkan dengan sumber zat besi *heme*.

5.) Pengaruh anemia pada kehamilan dan janin

Pengaruh anemia yang dialami ibu hamil akan berpengaruh pada kehamilan dan janin. Berikut hal yang dapat terjadi pada kehamilan dan janin bila ibu mengalami anemia menurut Manuaba (2010):

a.) Pengaruh anemia terhadap kehamilan

Bahaya selama kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis (Hb <6g/dl), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini.

b.) Bahaya anemia terhadap janin

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian intrauterin, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir

rendah, kelahiran dengan anemia dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapatkan infeksi sampai kematian perinatal.

Konsentrasi Hb trimester I yang rendah meningkatkan risiko berat lahir rendah, persalinan kurang bulan, dan bayi kecil sesuai usia kehamilan (Cunningham, 2011).

6.) Standar asuhan kebidanan pada ibu anemia

Pengelolaan anemia pada kehamilan sesuai dengan standar asuhan kebidanan menurut IBI (2006) adalah sebagai berikut:

- a.) Memeriksa kadar Hb semua ibu hamil pada kunjungan pertama, dan pada minggu ke-28. Hb dibawah 11 gr% pada kehamilan pertama merupakan anemia; dibawah 8 gr% adalah anemia berat. Bila alat pemeriksaan tidak tersedia, periksa kelopak mata, dan perkirakan ada tidaknya anemia.
- b.) Beri tablet besi pada semua ibu hamil sedikitnya 1 tablet selama 90 hari berturut-turut. Bila kadar Hb kurang dari 11 gr% teruskan pemberian tablet zat besi.
- c.) Beri penyuluhan gizi pada setiap kunjungan antenatal, tentang perlunya minum zat besi, makanan yang mengandung zat besi dan kaya vitamin C, serta menghindari minum teh, kopi, atau susu dalam 1 jam sebelum atau sesudah makan (mengganggu penyerapan zat besi). Beri contoh makanan setempat yang kaya zat besi.

- d.) Jika ditemukan/diduga anemia (bagian dalam kelopak mata pucat), berikan 2-3 kali 1 tablet zat besi tiap hari.
- e.) Rujuk ibu hamil dengan anemia untuk pemeriksaan terhadap penyakit cacing/parasite atau penyakit lainnya, dan sekaligus untuk pengobatannya.
- f.) Sarankan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet besi sampai 4-6 bulan setelah persalinan.

2. Tinjauan Teori Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi (Saifuddin, 2009).

Pada persalinan normal, terdapat beberapa fase yaitu:

- 1.) Kala I yang dibagi menjadi dua fase, fase laten dan fase aktif. Fase laten adalah pembukaan dari 0 cm sampai 3 cm yang berlangsung sekitar 8 jam, sedangkan fase aktif adalah pembukaan 4 cm-10 cm (lengkap) yang mana pada primigravida sekitar 12 jam dan multigravida sekitar 6 jam.
- 2.) Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Bayi ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

- 3.) Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
 - 4.) Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum .
- b. Pengaruh ibu hamil anemia terhadap persalinan

Pada anemia jumlah efektif sel darah merah berkurang. Hal ini mempengaruhi jumlah haemoglobin dalam darah. Berkurangnya jumlah haemoglobin menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dalam darah juga sedikit, sehingga mengurangi jumlah pengiriman oksigen ke organ-organ vital. Pada saat hamil, bila terjadi anemia dan tidak tertangani hingga akhir kehamilan maka akan berpengaruh pada saat postpartum.

Ibu hamil dengan anemia berpotensi atonia uteri saat persalinan akan tetapi ibu juga dapat mengalami gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat terjadi sangat lama, partus terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala III dapat diikuti dengan retensio plasenta, dan pada kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder (Manuaba, 2010).

c. Induksi partus

1.) Pengertian

Induksi partus adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan

dengan jalan merangsang (stimulasi) timbulnya his (Mochtar, 2011).

Sebelum melakukan induksi hendaknya dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui keadaan serviks, bagian terbawah janin, dan panggul. Salah satu metode yang dapat dihitung untuk penilaian kematangan serviks adalah dengan penilaian *Bishop*, yang pertama dikenalkan oleh Bishop pada tahun 1964 yang meliputi dilatasi serviks, konsistensi, panjang (pendataran) dan posisi serviks serta turunnya bagian terendah janin. Hasil penilaian Bishop 4 atau kurang, akan lebih tinggi potensi kegagalan dilakukan induksi persalinan, karena serviks belum mengalami pematangan (Cunningham, 2012).

Tabel 2.4 Sistem *Scoring* Bishop yang Digunakan untuk Penilaian Keberhasilan Induksi (Cunningham, 2012)

Penilaian	Skor			
	0	1	2	3
Dilatasi (cm)	Tertutup	1-2	3-4	≥ 5
Penipisan (persen)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Stasion (-1 sampai +2)	-3	-2	-1	+1,+2
Konsistensi Serviks	Keras	Medium	Lembek	-
Posisi Serviks	Posterior	Medium	Anterior	-

2.) Indikasi dilakukan induksi persalinan (Manuaba, 2010)

a.) Indikasi Ibu

Berdasarkan penyakit : penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit hipertensi, diabetes mellitus, keganasan payudara dan porsio. Dapat juga karena komplikasi kehamilan seperti pre-eklampsia atau Eklampsia.

b.) Indikasi janin

Indikasinya yaitu : kehamilan lewat waktu, plasenta previa, solusio plasenta, kematian intrauterine, kematian berulang dalam rahim, kelainan kongenital, ketuban pecah dini, keadaan gawat janin atau gangguan pertumbuhan janin, pimi-gravida tua, perdarahan antepartum.

Pada kehamilan lewat bulan masih menjadi perdebatan, sehingga beberapa kelompok menganggap perlu dilakukan terminasi kehamilan pada usia 41 minggu karena janin telah aterm dan viabilitas serta kondisi kesejahteraan janin masih optimal (Cunningham, 2012). Sesuai dengan Varney *et al* (2007) bahwa peningkatan risiko lahir mati pada janin terjadi seiring peningkatan usia kehamilan melewati 40 minggu dan juga menurut penelitian Neny Dwi Anggraeni (2013) luaran bayi pada induksi kehamilan ≥ 42 minggu lebih buruk dibandingkan < 42 minggu dengan kejadian asfiksia yang lebih besar.

3.) Kontraindikasi

Kontraindikasi pada induksi persalinan per vagina yaitu apabila tindakan induksi persalinan yang akan dilakukan lebih merugikan dibandingkan tindakan seksio sesaria. Kontraindikasi tersebut adalah:

- a.) Terdapat distosia persalinan; panggul sempit atau disproporsi sefalopelviks, kelainan posisi kepala janin, terdapat kelainan letak jannin dalam rahim, dan perkiraan bahwa berat janin >4.000 gram).
 - b.) Terdapat kedudukan ganda, yaitu: tangan bersama kepala, kaki bersama kepala, tali pusat menumbung terkemuka, kehamilan ganda, dan kehamilan dengan hidramnion.
 - c.) Terdapat perdarahan antepartum.
 - d.) Terdapat bekas operasi pada otot rahim, seperti bekas seksio sesaria atau operasi mioma uteri.
 - e.) Pada grandemultipara atau kehamilan >5 kali.
 - f.) Terdapat tanda atau gejala intrauterine feteal distress
- 4.) Syarat induksi persalinan
- a.) Janin mendekati aterm atau sudah aterm
 - b.) Tidak terdapat kesempitan panggul
 - c.) Memungkinkan untuk lahir pervagina
 - d.) Janin dalam presentasi kepala

Keberhasilan induksi persalinan pervagina ditentukan oleh

(Mochtar, 2011):

- a.) Kedudukan bagian terendah, semakin rendah kedudukan bagian terendah janin kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar oleh karena dapat menekan pleksus Frankenhaouser.

- b.) Penempatan presentasi, induksi pada kedudukan letak kepala berpotensi lebih berhasil.
 - c.) Kondisi serviks, serviks yang kaku, condong ke belakang, sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus, atau kedepan lebih berhasil dalam induksi.
 - d.) Paritas, dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pembukaan.
 - e.) Usia kehamilan, pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan akan semakin berhasil.
- 5.) Cara induksi persalinan dengan drip oksitosin

Cara induksi persalinan tidak hanya menggunakan metode drip oksitosin, metode lainnya yaitu: metode steinsche, metode infus oksitosin, metode oksitosin sublingual, induksi dengan prostadglandin, pemecahan ketuban dan laminaria stiff.

Metode infus oksitosin adalah metode yang paling umum dilakukan. Menurut teori “*See-Saw*”, professor Scapo dari Universitas Washington menyatakan bahwa prostadglandin banyak dijumpai dalam jaringan tubuh, progesteron mungkin menghalangi kerja prostadglandin sehingga terdapat kontraksi otot rahim, oksitosin dianggap merangsang pengeluaran prostadglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim (Manuaba,2010).

Tindakan dengan metode drip oksitosin (Manuaba, 2010):

- a.) Sebaiknya dilakukan pada malam harinya ibu masuk RS.
- b.) Dapat diberikan laksan/enema.
- c.) Dipasang infus dekstrosa 5% dengan 5 unit oksitosin.
- d.) Tetesan pertama antara 8-12 tetes per menit dengan perhitungan setiap tetesan mengandung 0,0005 unit sehingga dengan pemberian 12 tetes/menit terdapat oksitosin sebanyak 0,006 unit menit.
- e.) Setiap 15 menit dilakukan penilaian. Bila tidak terdapat his yang adekuat jumlah tetesan ditambah 4 tetes sampai maksimal 40 tetes/menit atau 0,02 unit oksitosin/menit.
- f.) Tetesan maksimal dipertahankan dalam 2 kali pemberian 500 cc dekstrosa 5%.
- g.) Bila sebelum tetesan ke-40 sudah timbul kontraksi otot rahim yang adekuat, maka tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan berlangsung.

Komplikasi yang penting diperhatikan pada induksi persalinan dengan oksitosin adalah ketuban dapat pecah dalam pembukaan kecil yang disertai dengan pecahnya vasa previa dengan tanda perdarahan dan diikuti gawat janin, darah merah segar. Prolapsus bagian kecil janin terutama tali pusat juga dapat terjadi. Terjadi gawat janin karena gangguan sirkulasi retroplasenta pada tetani uteri atau solusio plasenta.

Dengan demikian observasi pada induksi persalinan sangat penting sehingga kemungkinan komplikasi dapat ditentukan melalui evaluasi denyut jantung janin, his yang kuat menuju tetani uteri, penurunan bagian terendah sehingga dapat merangsang pleksus Frankehouer, bundle yang mengikat sebagai tanda terjadinya ruptur uteri yang membakat.

d. Ketuban pecah dini

1.) Pengertian

Ketuban pecah dini atau *spontaneous/early/premature rupture of the membrane (PROM)* adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu; yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2011).

2.) Etiologi

Penyebab PROM tidak dan belum jelas, maka preventif tidak dapat dilakukan, kecuali usaha menekan infeksi.

3.) Cara menentukan

Kadang-kadang agak sulit atau meragukan, apakah ketuban benar sudah pecah atau belum, apalagi bila pembukaan kanalis servikalis belum ada atau kecil. Cara menentukannya (Mochtar, 2011) adalah:

a.) Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, verniks kaseosa, rambut lanugo, atau bila terinfeksi berbau.

- b.) Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servisis dan apakah ada bagian yang sudah pecah.
 - c.) Gunakan kertas lakmus, bila menjadi biru (basa) maka air ketuban sedangkan lakmus tetap merah (asam) maka cairan tersebut adalah air kemih (urin). Harap diingat bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu.
 - d.) Pemeriksaan pH fornix posterior pada PROM pH adalah basa (air ketuban).
- 4.) Penatalaksanaan ketuban pecah dini

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 dan harus di rawat dirumah sakit.
- (2.) Berikan antibiotika sebagai profilaksis (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.

b.) Aktif

(1.) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

(2.) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.

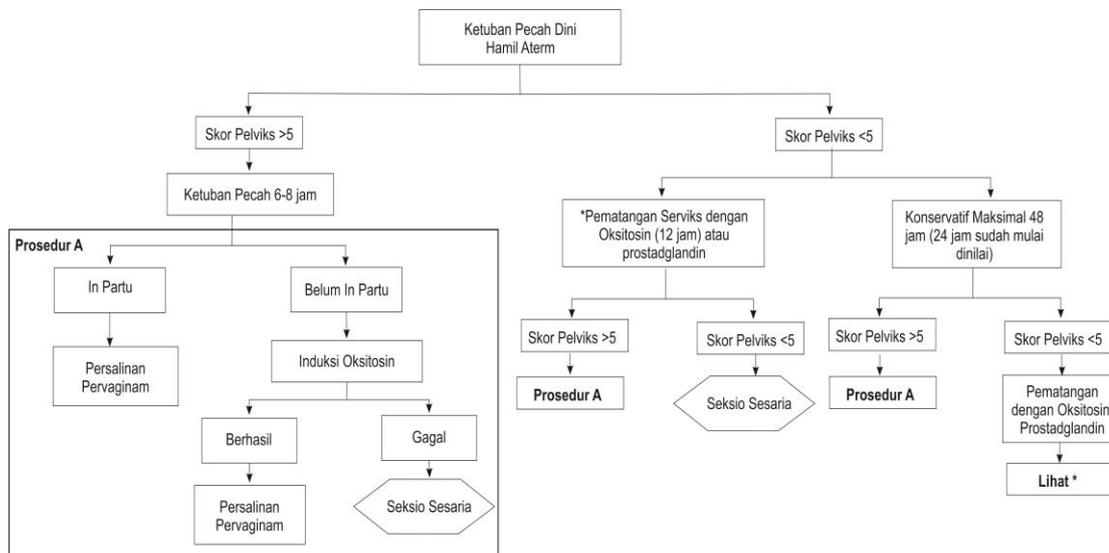
(3.) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea

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

Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini pada kehamilan aterm (Mansyur, 1999) adalah sebagai berikut:

a.) Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm maupun preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.

b.) Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan lakukan akselerasi bila ada inersia uteri. Bila tidak ada his, lakukan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelviks kurang dari 5 atau ketuban pecah lebih dari 6 jam dan skor pelviks lebih dari 5. Lalu lakukan seksio sesaria bila ketuban pecah kurang dari 5 jam dan skor pelviks kurang dari 5.



Gambar 2.1 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini Kehamilan Aterm

3. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 28 hari sesudah lahir. Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2012).

b. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: berat badan 2500 - 4000 gram, panjang badan lahir 48 - 52 cm, lingkar dada 30 - 38 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit, pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang,

genetalia: Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, reflek grasp atau menggenggam sudah baik, pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Tanda bahaya umum bayi baru lahir

Tanda bahaya pada bayi meliputi: tidak mau minum atau memuntahkan semua atau kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 kali/menit) atau napas lambat (≤ 30 kali/menit), tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu ketiak $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), teraba dingin (suhu ketiak $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), nanah yang banyak di mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki, atau perdarahan.

d. Pengaruh ibu hamil anemia terhadap bayi baru lahir

Anemia akan mengakibatkan suplai nutrisi dari ibu ke janin terhambat oleh karena itu ibu dengan anemia akan mudah mengakibatkan perkembangan janin tidak optimal dan mengakibatkan bayi lahir dengan berat rendah. Dan dapat juga menimbulkan lahir prematur karena asupan yang seharusnya masih diberikan pada janin sudah berkurang.

Menurut Manuaba (2010), ibu yang anemia akan mempengaruhi pada bayinya, yaitu bayi dengan berat lahir rendah. Bayi dengan berat lahir rendah bila < 2.500 gram, walaupun lahir cukup bulan.

e. Kunjungan ulang neonatus (KN)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates/bayi baru lahir sedikit 3 kali ,selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir ,baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Jadwal kunjungannya adalah:

Tabel 2.5 Kunjungan Ulang Neonatus (Muslihatun, 2010)

No	Kunjungan Bayi / KN	Tujuan
1.	KN 1 (24 jam setelah bayi lahir)	a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir b. Jaga selalu kehangatan bayi c. Perhatikan intake dan output bayi d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak e. Komunikasikan kepada orang tua bayi bagaimana caranya merawat tali pusat. f. Dokumentasikan
2.	KN 2 (4-7 hari setelah persalinan)	a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir b. Jaga selalu kehangatan bayi c. Perhatikan intake dan output bayi d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak e. Dokumentasikan
3.	KN 3 (8-28 hari setelah persalinan)	a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir b. Jaga selalu kehangatan bayi c. Perhatikan intake dan output bayi d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak e. Dokumentasikan

4. Tinjauan Teori Nifas

a. Pengertian nifas

Masa puerperium normal adalah waktu yang diperlukan agar organ genitalia interna ibu kembali menjadi normal secara anatomis dan fungsional yaitu sekitar 6 minggu (Manuaba, 2007).

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney *et al*, 2007).

b. Tujuan perawatan nifas (Saifuddin, 2010)

- 1.) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2.) Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3.) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- 4.) Memberikan pelayanan keluarga berencana

c. Perubahan fisiologis selama masa nifas

1.) Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, perubahan uterus selama masa nifas menurut Varney *et al* (2007).

Tabel 2.6 Perubahan Uterus Masa Nifas (Varney *et al*, 2007)

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

2.) Pengeluaran lokia

Menurut Visness, dkk dalam Williams Obstetri (2013) pada awal masa nifas, peluruhan jaringan desidua menyebabkan timbulnya duh vagina dalam jumlah yang beragam. Duh tersebut dinamakan lokia dan terdiri dari eritrosit, potongan jaringan desidua, sel epitel, dan bakteri. Menurut Nugroho (2014) lokia ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

- a.) Lokia rubra: duh ini berwarna merah kehitaman terjadi pada 1-3 hari.
- b.) Lokia sanguilenta: duh ini berwarna putih bercampur merah, terjadi pada 3-7 hari.
- c.) Lokia serosa: darah lebih sedikit, dan lebih banyak serum, sehingga berwarna kuning kecoklatan, terjadi 7-14 hari.

d.) Lokia alba: berwarna keputih putihan, terjadi >15 hari.

3.) Laktasi/pengeluaran air susu ibu

Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak, dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika di sentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam. Susu putih kebiruan dapat dikeluarkan dari puting susu (Varney *et al*, 2007).

d. Standar asuhan masa nifas

Dalam Pedoman PWS-KIA tahun 2010 disebutkan bahwa kunjungan masa nifas dilakukan minimal 3 kali. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan. Kunjungan nifas ke dua dalam waktu hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah:

- 1.) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- 2.) Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus).
- 3.) Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
- 4.) Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.

- 5.) Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
- 6.) Pelayanan KB pasca salin adalah pelayanan yang diberikan kepada Ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan (sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan).
- 7.) Melakukan pemeriksaan kadar Hb pada 48 jam sesudah persalinan, menurut WHO bahwa hasil Hb post partum < 10 gr% termasuk anemia.

5. Tinjauan Keluarga Berencana

Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi dan juga riwayat anemia selama kehamilan, sehingga ini beberapa yang disarankan yaitu diantaranya :

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila: menyusui secara penuh ≥ 8 x sehari, belum haid, dan umur bayi < 6 bulan.

1.) Keuntungan kontrasepsi

Sejara efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

2.) Keuntungan Nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif, sumber asupan gizi yang terbaik untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari air susu formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

3.) Keterbatasan

Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid, atau sampai 6 bulan, tidak melindungi dari IMS, sulit jika tidak teratur pemberian ASInya.

b. Pil progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil. Pada kemasan 35 pil (300 µg levonogestrel atau 350 µg noretindron) sedang kemasan 28 pil (75 µg desogestrel).

Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan selama belum haid. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil

dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) pasca persalinan.

1.) Keuntungan

Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, dapat dihentikan kapan saja, kesuburan mudah kembali, nyaman dan mudah digunakan.

2.) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual, pusing, senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam sesudah minum pil.

c. Suntik progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

1.) Keuntungan

Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.

2.) Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan, pada pengguna jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang.

d. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

1.) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

2.) Keuntungan non kontrasepsi

Mengurangi jumlah darah dan nyeri haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul.

3.) Keterbatasan

Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

B. Konsep Dasar

1. Standar Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Hal ini adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Kepmenkes no 369 tahun 2007).

Dalam asuhan kebidanan terdapat standar asuhan kebidanan sesuai Kepmenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007:

a. Standar I : pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang relevan yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintrepretasikan secara akurat untuk menegakan diagnosa.

c. Standar III : perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

d. Standar IV : implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien.

e. Standar V : evaluasi

bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai perkembangan kondisi klien.

f. Standar VI : pencatatan asuhan kebidanan

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

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawat daruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga

dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Ruang lingkup asuhan kebidanan sendiri yaitu asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, balita sehat, masa reproduksi (Kepmenkes no. 369 tahun 2007).

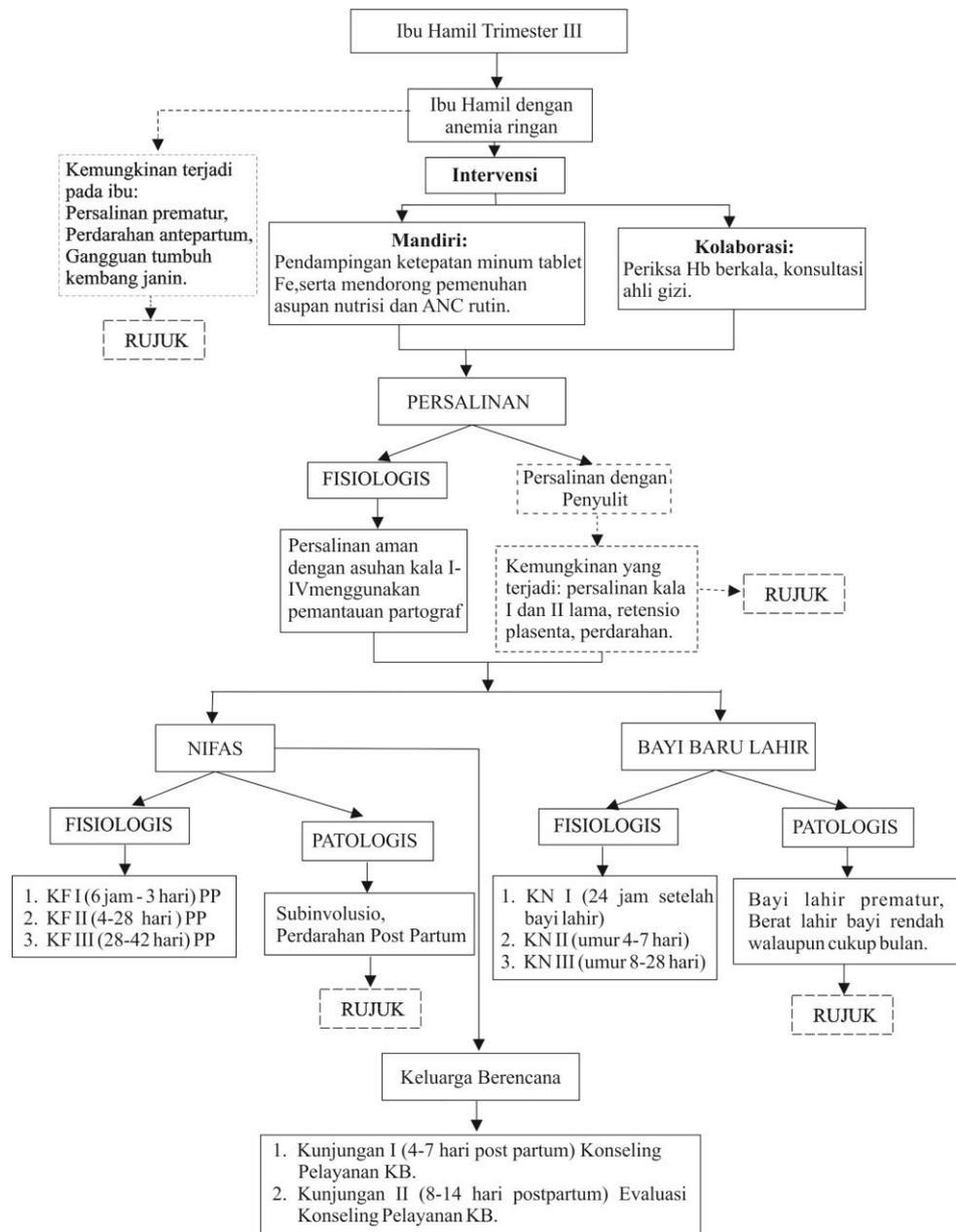
3. Standar Kompetensi Bidan

Standar kompetensi bidan menurut KEPMENKES Nomor 369/Menkes/SKIII/2007:

- a. 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.
- b. Kompetensi ke-2 : Bidan memberikan asuhan yang 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.
- c. Kompetensi ke-3 : Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- d. 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.
- e. Kompetensi ke-5 : Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
 - f. Kompetensi ke-6 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
 - g. Kompetensi ke-7 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
 - h. Kompetensi ke-8 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
 - i. Kompetensi ke-9 : Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

C. Flow Chart Asuhan Berkesinambungan



Gambar 2.2 Flow Chart Asuhan Berkesinambungan Modifikasi dari Pelayanan ANC Terpadu, PWS KIA dengan Manuaba (2010)