

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. KONSEP KEHAMILAN

a. Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (Prawiroharjo, 2010).

b. Perubahan pada Kehamilan Trimester III

1) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia.

Tabel 1 Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan

Tinggi fundus uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2010

Menurut Saifuddin (2009), dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur tinggi fundus uteri (TFU) dalam satuan

sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa tinggi fundus uteri sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.

2) Perubahan Psikologis

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi (Varney, dkk, 2007).

3) Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Selama masa kehamilan banyak hal-hal yang harus diwaspadai oleh ibu. Tanda dan gejala bahaya selama kehamilan yang harus diwaspadai antara lain adalah perdarahan, preeklampsia dan nyeri hebat di daerah abdominal (Prawirohardjo, 2010).

c. Pemeriksaan dan Pengawasan Ibu hamil

1) Antenatal Care (ANC)

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, dkk, 2008).

Untuk pemeriksaan ulang dilakukan setiap bulan sampai usia kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai

terjadi persalinan, serta pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan tertentu (Manuaba, dkk, 2010).

Kunjungan kehamilan untuk menilai pelayanan ANC di Puskesmas yaitu :

a) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar.

b) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar (Cunningham, 2010).

2) Konseling Kehamilan Normal

Menurut Saiffudin (2009), konseling merupakan salah satu asuhan yang diberikan saat periksa dan konseling yang diberikan berupa :

a) Nutrisi, dimana pada kehamilan ibu harus meningkatkan

konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan atau disebut dengan menu seimbang.

b) Persiapan persalinan berupa penolong persalinan, fasilitas kesehatan yang dipilih, pendamping dalam persalinan,

pendonor darah, transportasi yang dibutuhkan dan dukungan biaya (Kemenkes RI, 2013).

3) Pemberian Suplemen Selama Kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2013), ibu hamil berhak mendapatkan suplemen pendukung selama masa kehamilannya. Suplemen yang diberikan adalah 60 miligram (mg) zat besi elemental (setara 320 mg sulfas ferrous) segera setelah mual/muntah berkurang, 400 mikrogram (μg) asam folat 1x/hari, di area dengan asupan kalsium rendah, suplementasi kalsium 1,5-2 gram, aspirin jika diperlukan dan vaksin Tetanus Toksoid (TT).

4) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan khusus atau pemeriksaan penunjang jika diperlukan, contohnya pemeriksaan laboratorium seperti Hb (Hemoglobin) setiap trimester I dan III, protein urin dan feses, gula darah, hepatitis B, HIV. Pemeriksaan USG (Ultrasonografi) yang rutin dilakukan pada kehamilan 18 sampai 22 minggu untuk identifikasi kelainan janin (Prawiroharjo, 2010).

d. Faktor Risiko Kehamilan

Menurut Rochjati (2011), penggolongan kelompok faktor risiko terbagi menjadi tiga faktor risiko (FR). Ibu hamil yang termasuk dalam FR II yaitu penyakit yang ada di ibu hamil (anemia, malaria, tuberkulosa paru, payah jantung, kencing manis, dll), preeklamsia ringan, hamil kembar/ gemeli, hamil kembar air/ hydramnion, hamil

lebih bulan/ hamil serotinus, janin mati di dalam rahim ibu, kelainan letak sungsang dan letak lintang.

e. Anemia pada Kehamilan

1) Definisi Anemia

Anemia atau sering disebut kurang darah adalah keadaan dimana darah merah kurang dari normal, dan biasanya yang digunakan sebagai dasar adalah kadar Hb.

Anemia ringan sering dikaitkan dengan kelelahan uterus yang merupakan penyebab langsung atonia uteri. Dengan adanya anemia akan mengakibatkan penurunan kadar oksigen dalam darah sehingga dapat mengganggu proses oksigenasi dan metabolisme otot-otot uterus. Selanjutnya dapat mengakibatkan gangguan kontraksi miometrium pasca persalinan yang menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Etiologi Anemia

Menurut Manuaba, dkk (2008), penyebab anemia pada kehamilan antara lain kekurangan asupan zat besi, peningkatan kebutuhan fisiologi, kebutuhan yang berlebihan, malabsorpsi, kehilangan darah yang banyak.

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34

minggu. Bila Hb ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g% (Manuaba, dkk, 2010).

3) Diagnosis Anemia

Diagnosis anemia pada kehamilan dapat dilakukan dengan melakukan anemnesa terlebih dahulu dengan keluhan lemas dan pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan dapat digolongkan sebagai berikut :

Tabel 2 Penggolongan Anemia

Kadar Hb	Jenis
Hb 11g%	Tidak anemia
Hb 9-10 g%	Anemia ringan
Hb 7-8 g%	Anemia sedang
Hb <7 g%	Anemia berat

Sumber : Manuaba, dkk, 2010

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil mulai tingkat pendidikan, status ekonomi, pola konsumsi Fe, kepatuhan mengkonsumsi Fe, konsumsi zat besi bersamaan dengan Kalsium.

4) Pengaruh terhadap ibu dan janin

a) Bahaya terhadap ibu

- (1) Bahaya selama kehamilan yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

(2) Bahaya saat persalinan yang bisa muncul yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat berlangsung lama, kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum

(3) Pada masa nifas dapat terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, dkk, 2010).

b) Bahaya anemia terhadap janin

Anemia pada ibu hamil akan menambah risiko mendapatkan BBLR, risiko perdarahan sebelum dan pada saat persalinan bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya, jika ibu hamil tersebut menderita anemia berat (Manuaba, dkk, 2010)

5) Penanganan Anemia dalam Kehamilan

a) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet atau pola nutrisi (Robson dan Jason, 2011).

b) Memberikan sulfat ferrosa 200 mg 2-3 kali sehari, apabila tidak ada keluhan maka pemberian sulfat ferrosa dapat dilanjutkan hingga anemia terkoreksi (Robson dan Jason, 2011).

c) Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RS Kasih Ibu Surakarta ada pengaruh senam hamil pada ibu hamil trimester III terhadap perubahan Hb (Wahyuni dan Nida, 2010).

f. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)

1) Definisi dan diagnosis PJT

Kelainan pertumbuhan janin (inappropriate fetal growth) terjadi jika janin dalam masa kehamilan terlalu besar atau terlalu kecil jika dibandingkan dengan usia yang sebenarnya (Cunningham, 2010).

Secara klinik awal PJT dikenal setelah 28 minggu. Namun secara USG mungkin sudah dapat diduga lebih awal dengan adanya biometri dan taksiran berat janin yang tidak sesuai dengan usia gestasi. Secara klinik pemeriksaan TFU dalam sentimeter akan sesuai dengan umur kehamilan. Bila lebih rendah dari 3 cm patut dicurigai adanya PJT (Prawiroharjo, 2010).

Penyebab terjadinya PJT adalah hipertensi pada kehamilan, gemeli, anomali janin/ trisomi, sindrom antifosfolipid, infeksi seperti rubella, sifilis, penyakit jantung, asma, gaya hidup yang tidak sesuai seperti merokok dan narkoba serta kekurangan gizi (Prawiroharjo, 2010).

2) Identifikasi Retardasi Pertumbuhan Janin Antepartum

Pengukuran TFU secara berkala selama kehamilan merupakan metode penapisan yang sederhana, aman, murah dan cukup akurat yang dapat digunakan. (Cunningham, 2010).

Tabel 3 Pertambahan Panjang dan Berat Periode Janin

Usia (minggu)	PPB (cm)	Berat (gram)
9-12	5-8	10-45
13-16	9-14	60-200
17-20	15-19	250-450
21-24	20-23	500-820
25-28	24-27	900-1300
29-32	28-30	1400-2100
33-36	31-34	2200-2900
37-38	35-36	3000-3400

Sumber : Sadler, 2009

3) Penatalaksanaan Retardasi Pertumbuhan Janin

Penapisan klinis yang akurat dan pengukuran TFU secara berkala dapat mengidentifikasi kejadian KMK. Pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) serial secara cermat terhadap kelompok ibu berisiko (Cunningham, 2010).

g. Posisi Sungsang

Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi menjadi bagian terendah dengan atau tanpa kaki, keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Marmi, 2011).

Penatalaksanaan kehamilan sungsang adalah memberi informasi dan dukungan menyeluruh, melakukan asuhan posisi *knee chest* yang dianjurkan dilakukan di rumah serta kolaborasi dengan dokter. Menurut Mufdlilah (2009), langkah *knee chest* yaitu ibu dengan posisi

menungging (seperti sujud) dimana lutut dan dada menempel pada lantai dilakukan 3-4 kali sehari selama 15 menit. Syarat knee chest yaitu pada kehamilan 7-7,5 bulan, situasi yang masih longgar diharapkan dapat membuat peluang kepala turun menuju pinggul, dan dasar pertimbangan bahwa kepala lebih berat dari bokong sehingga hukum alam akan mengarah ke pintu atas pinggul.

2. KONSEP PERSALINAN

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

b. Tanda-tanda persalinan

Dalam persalinan terdapat dua tanda-tanda persalinan, yaitu :

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- 3) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.

- 4) Dengan aktivitas ibu his persalinan akan bertambah (Manuaba, dkk, 2010).
 - 5) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
 - 6) 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 sentimeter) (Prawiroharjo, 2010).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

a) Fase laten

Fase laten terjadi 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 (Mochtar, 2011). Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam dengan nilai normal 120 -160 kali per menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali (Saifuddin, 2009).

Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal. Sebab sebab fase laten memanjang antara lain mencakup serviks yang belum matang pada awal persalinan, posisi janin abnormal, disproporsi fetopelvik, persalinan disfungsional, dan pemberian sedatif yang berlebihan.

Serviks yang belum matang hanya memperpanjang fase laten, dan kebanyakan serviks akan membuka secara normal begitu terjadi pendataran. Sekalipun fase laten berlangsung lebih dari 20 jam, banyak pasien mencapai dilatasi serviks yang normal ketika fase aktif dimulai. Meskipun fase laten ini menjemukan tetapi tidak berbahaya bagi ibu dan bayi (Hakimi, 2010).

- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase :
- (1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.
 - (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Mochtar, 2011).

Dalam asuhan yang diberikan adalah memberikan dukungan selama kala 1 dan menganjurkan untuk posisi miring ke kiri agar

mempermudah ibu istirahat diantara his dan mencegah laserasi perineum (JNPK-KR, 2008).

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 primigravida dan 1 jam pada multigravida (Saifuddin, 2009).

a) Tanda dan gejala kala II yaitu his semakin kuat, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba,dkk, 2010), Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Prawiroharjo, 2010).

b) Penatalaksanaan Kala II, yaitu :

(1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu yaitu dengan menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi ibu. Dalam membimbing meneran dapat dipilih posisi yaitu jongkok, menungging, tidur miring atau setengah duduk.

(2) Menjaga kandung kemih tetap kosong

(3) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Prawiroharjo, 2010).

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir (Saifuddin, 2009).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya 2 jam setelah proses tersebut. Asuhan yang diberikan berupa pemantauan tanda vital, pemeriksaan fisik pemantauan perdarahan dan keadaan bayi disamping ibu. (Prawiroharjo, 2010).

5) Penanganan Bayi Baru Lahir

Penanganan BBL dapat dilakukan dengan penilaian selintas melalui tiga pertanyaan apakah bayi asfiksia yaitu apakah kehamilan cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif.

Bila ada jawaban “tidak”, bayi mungkin mengalami asfiksia. Segera melakukan resusitasi bayi baru lahir sambil menghubungi dokter spesialis anak. Bila dokter spesialis anak tidak ada, segera persiapkan rujukan (Kemenkes RI, 2010).

3. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

a. Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

BBL fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram (Kemenkes RI, 2010).

b. Adaptasi Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

Pada saat lahir, sistem pernafasan bayi belum berkembang sempurna, pertumbuhan alveoli baru terus berlangsung hingga beberapa tahun dengan frekuensi normal 30-60 kali per menit (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Suhu tubuh

Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi (Prawiroharjo, 2010).

3) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit. Tekanan darah berkisar antara 50-55/ 25-30 mmHg hingga 80/50 mmHg pada 10 hari pertama kelahiran (Fraser dan Cooper, 2009).

4) Sistem Ginjal

Ginjal bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Urine pertama dikeluarkan saat lahir atau dalam 24 jam pertama dan semakin meningkat seiring bertambahnya asupan cairan (Fraser dan Cooper, 2009).

5) Sistem Pencernaan

Mekonium telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam (Fraser dan Cooper, 2009).

6) Sistem Reproduksi

Pada bayi aterm wanita labia mayora normalnya menutupi labia minora, himen dan klitoris dapat tampak sangat besar. Sementara untuk pria testis turun ke skrotum yang memiliki banyak rugae dan meatus uretra berujung di ujung penis dan prepusium melekat ke kelenjar (Fraser dan Cooper, 2009).

c. Tanda bayi lahir sehat

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

d. Waktu Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Tabel 4 Pemeriksaan BBL

Bayi lahir di fasilitas kesehatan	Bayi lahir di rumah
Baru lahir sebelum usia 6 jam	Baru lahir sebelum usia 6 jam
Usia 6-48 jam	Usia 6-48 jam
Usia 3-7 hari	Usia 3-7 hari
Minggu ke 2 pasca lahir	Minggu ke 2 pasca lahir

Sumber: Kemenkes RI, 2010

e. Asuhan segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Saiffudin, 2009). Segera setelah bayi lahir tanpa menunggu nilai apgar, langsung melakukan 4 penilaian

awal. Sementara untuk menit pertama dan kelima menurut Fraser dan Cooper (2009) menggunakan nilai APGAR.

Dari hasil pemeriksaan Apgar, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir dengan nilai 7-10 tergolong normal, nilai 4-6 tergolong asfiksia sedang-ringan, dan nilai 0-3 tergolong asfiksia berat (Prawiroharjo, 2010).

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir sebagai berikut :

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Prawiroharjo, 2010).

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lendir yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut. Namun, hindari menyentuh lubang hidung karena dapat merangsang reflek inhalasi debris di trakea (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Prawiroharjo, 2010).

4) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit 1 jam untuk memberi kesempatan pada bayi mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Prawiroharjo, 2010).

5) Identifikasi

Bayi baru lahir diberikan sebuah alat pengenalan yang efektif dan tetap ditempatnya sampai waktu dipulangkan untuk meminimalkan tertukarnya bayi dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu (Prawiroharjo, 2010).

6) Injeksi Vitamin K

Menurut Prawiroharjo (2010), pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan. 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 berisiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M.

7) Pemberian Salep Mata

Menurut Prawiroharjo (2010), pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata

yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

8) ASI Eksklusif

ASI Eksklusif berarti bahwa bayi hanya mengonsumsi ASI. Tujuan kesehatan masyarakat seperti yang tertulis pada Tujuan ke 16-19 Health People 2010, dan kebijakan organisasi profesional kesehatan mendorong ASI eksklusif selama sekitar 6 bulan pertama (Cadwell dan Cindy, 2011).

4. KONSEP NEONATUS

a. Definisi Neonatus

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0 – 28 hari (Kemenkes RI, 2010).

b. Masalah lazim pada Neonatus

Dalam memulai kehidupan ektrauterin seorang bayi perlu waktu untuk bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya. Penyesuaian diri ini sering menimbulkan masalah ringan maupun berat. Salah satu masalah lazim yang sering terjadi pada neonatus :

1) Gumoh

Gumoh yaitu keluarnya sebagian isi lambung tanpa didahului rasa mual dan tanpa peningkatan tekanan dalam perut bayi. Gumoh terjadi karena lambung bayi masih berada dalam posisi agak mendatar, sebagian lambung bayi masih berada pada rongga dada, besar

lambung yang relatif kecil, fungsi penutupan mulut lambung dan esofagus belum sempurna (Kemenkes RI, 2010).

Dengan adanya sebab diatas, ibu bisa mengatasi gumoh yang terjadi pada bayinya dengan cara berikut :

- a) Menyendawakan bayi dengan cara menegakkan bayi dalam posisi berdiri menghadap dada ibu dan diberi tepukan ringan pada punggung bayi selama beberapa saat.
- b) Setelah selesai menyusui, bayi diletakkan/digendong dengan posisi kepala lebih tinggi dari kaki sekitar 30 – 45 derajat (Kemenkes RI, 2010).

Pemeriksaan dan diagnosis yang bisa dilakukan dan temukan saat bidan menjumpai kasus seperti diatas sebaiknya bidan melakukan anamnesa lebih lanjut mengenai riwayat kehamilan misalnya infeksi sebelum persalinan, riwayat persalinan seperti KPD, riwayat bayi baru lahir seperti keluar lendir berbusa dan tidak BAB dan BAK dalam waktu 2 hari. Diagnosa perlu ditentukan sedini mungkin agar penanganannya dapat mencapai hasil yang baik (Saiffudin, 2009).

Anamnesa yang lengkap dalam riwayat ibu tersebut sangat membantu dalam menegakkan diagnose muntah atau gumoh berlebih pada bayi. Berikut tabel dignosa banding pada muntah berlebih bayi dengan melihat hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik.

Tabel 5 Diagnosis Muntah dan/ atau Distensi Abdomen

Anamnesa	Pemeriksaan	Diagnosis
Timbul lebih dari 1 hari. Riwayat ibu infeksi uterus, demam dicurigai infeksi berat, ketuban pecah > 18 jam. Malas minum atau tidak mau minum sesudah minum secara normal.	Bayi tampak sakit, muntah, distensi abdomen, kesulitan bernafas, suhu tubuh tidak normal, iritabilitas atau letargi, konvolusi	Kemungkinan benar sepsis.
Mekonium belum keluar, bayi batuk atau tersedak setiap kali minum sejak lahir.	Pipa lambung tidak bisa masuk, distensi abdomen bertambah, muntah campur empedu, feses berwarna gelap atau bercampur darah	Malformasi atau obstruksi gastrointestinal
Hipersaliva pada hari ke-1 atau ke-2 Bayi mengalami regurgitasi atau muntah sejak pemberian makan pertama Mekonium dalam cairan amnion	Pipa lambung bisa masuk, keadaan bayi baik.	Iritasi lambung

Sumber : Subekti, dkk, 2008.

Penanganan yang dapat diberikan :

a) Puskesmas

Mempertahankan ASI saja , injeksi antibiotik 1 kali dan rujuk ke Rumah Sakit, mempertahankan suhu tubuh bayi.

b) Rumah Sakit

Memasang infus, memberikan antibiotik ampisilin dan gentamisin, ASI tetap diberikan dengan memperhatikan pentalaksanaan dehidrasi, mempertahankan suhu tubuh normal, dapat dilakukan pemeriksaan seperti X-ray, pemeriksaan darah, foto rontgen abdomen dan dilakukan pembedahan (Saiffudin, 2009).

c. Kunjungan Neonatal (KN)

Kunjungan Neonatal (KN) adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu KN 1 pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, KN 2 pada hari ke 3 s/d 7 hari dan KN 3 pada hari ke 8 – 28 hari (Kemenkes RI, 2010).

Pada bayi baru lahir diberikan vaksin Hepatitis B yang paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian vit.K 1 (IDAI, 2011) dan menurut Kemenkes RI (2010) jarak pemberian vaksin Hepatitis B 1 jam setelah vitamin K. Vaksinasi selanjutnya dapat menggunakan vaksin Hepatitis B monovalen atau vaksin kombinasi. Vaksin Hepatitis B dilanjutkan pada usia 1 dan 3-6 bulan dengan interval dosis minimal 4 minggu (IDAI, 2011). Setelah pemberian vaksin ini selanjutnya diberikan vaksin BCG yang berfungsi untuk mencegah penyakit TBC pada bayi, dianjurkan sebelum umur 3 bulan, optimal umur 2 bulan. (Hidayat, 2008).

d. Asuhan pada Neonatus

Tabel 6 Asuhan pada bayi normal

Tindakan	Keterangan
Kebersihan	Memandikan bayi dengan kain atau busa 2 kali sehari, setiap BAB/BAK dibersihkan dengan sabun
Menyusui	Dilakukan setelah kelahiran dalam keadaan terjaga, bayi harus disusui sekurang-kurangnya selama 4 bulan pertama sesuai tuntutan bayi, ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi
Tidur	Membaringkan bayi terlentang atau ke samping usahakan tidak menggunakan bantal
Ujung tali pusat	Dijaga agar bersih dan kering sampai tali pusat lepas sendiri, memberitahu ibu agar lapor ke bidan jika ada tanda infeksi tali pusat
Imunisasi	Hepatitis B ke-0, BCG untuk mencegah TBC dan DPT-Polio dalam waktu terdekat.

Sumber : Saiffudin, 2009

5. KONSEP NIFAS

a. Definisi Masa Nifas

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

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokia (Varney, dkk, 2007).

Tabel 7 Tinggi Fundus Uteri Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba diatas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Widyasih, dkk, 2013.

2) Lokia

Lokia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Pada awalnya lokia berwarna merah dan secara bertahap berubah menjadi merah muda ketika endometrium terbentuk dan menjadi serosa pada minggu kedua (Varney, dkk, 2007).

Menurut Widiasih, dkk (2013) membagi lochia menjadi 4 jenis yaitu :

- a) Lochia rubra berisi darah segar berwarna kemerahan. Terjadi selama 2 hari pasca persalinan
- b) Lochia sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir. Umumnya terjadi pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- c) Lochia serosa berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah. Terjadi pada hari ke-7 sampai ke-14 pasca persalinan.
- d) Lochia alba merupakan cairan putih yang terjadinya setelah 2 minggu persalinan.

3) Vagina dan Perineum

Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema (Varney, dkk, 2007).

4) Payudara

Wanita yang menyusui berespon terhadap stimulus bayi yang disusui sehingga melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi dan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan

duktus, kongesti, dan tanda – tanda mastitis potensial (Varney, dkk, 2007).

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Masalah psikologis pada masa pascapartum bukan merupakan komplikasi yang jarang ditemukan. Masalah ini dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Prawirohardjo, 2010).

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Prawiroharjo (2010), pada masa pascapartum seorang ibu membutuhkan :

1) Informasi dan konseling, meliputi :

a) Perawatan bayi dan pemberian ASI

Ibu yang memberikan ASI secara dini lebih sedikit akan mengalami masalah dengan menyusui.

b) Apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul. Bidan memberikan informasi lengkap mengenai perubahan fisiologis pada pascapartum dan tanda – tanda bahayanya sehingga ibu dapat segera menghubungi fasilitas kesehatan terdekat.

c) Kesehatan pribadi, hygiene, dan masa penyembuhan

Menurut Fraser dan Cooper (2009), untuk mencegah infeksi luka pada perineum, ibu disarankan untuk menggunakan celana

dalam dari bahan katun, menghindari penggunaan celana ketat dan celana panjang serta mengganti pembalut secara rutin.

d) Kontrasepsi

Bila ibu menyusui secara maksimal (8 – 10 kali sehari), selama 6 minggu ibu akan mendapatkan efek kontrasepsi dari *Lactational Amenorrhea* (LAM). Setelah 6 minggu diperlukan kontrasepsi alternatif seperti penggunaan pil progestin, injeksi DMPA, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR-IUD), atau metode barrier seperti diafragma atau kondom (Prawirohardjo, 2010).

e) Nutrisi

Status nutrisi pada masa remaja, kehamilan, dan laktasi memiliki dampak langsung pada kesehatan maternal dan bayi selama masa nifas. Intake nutrisi pascapersalinan harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama menyusui (Prawirohardjo, 2010).

2) Dukungan dari petugas kesehatan, kondisi emosional dan psikologi suami dan keluarga.

Pada masa nifas sangat diperlukan adaptasi psikologis ini dimana ibu mulai menyadari bahwa ia memiliki bayi dan harus mulai bersikap sebagai seorang ibu (Widyasih, dkk, 2013).

3) Pelayanan kesehatan untuk kecurigaan dan munculnya tanda terjadi komplikasi (Widyasih, dkk, 2013).

e. Kebijakan Program Kunjungan Ibu Nifas

Kunjungan nifas menurut program Pemerintah dilakukan sebanyak 4 kali yaitu 6 jam pasca persalinan, 6 hari pasca persalinan, 2 minggu pasca persalinan dan 6 minggu pasca persalinan.

Tabel 8 Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam post partum	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 Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia 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.
II	6 hari setelah persalinan	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 post partum	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu setelah persalinan	Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : Saiffudin, 2009.

6. KONSEP KELUARGA BERENCANA

Masa setelah bersalin atau dikenal dengan masa nifas dalam asuhan didalamnya terdapat kebutuhan ibu akan konseling penggunaan alat kontrasepsi. Bagi Ibu yang masih aktif dalam menyusui, terutama bagi ibu

yang ASI Eksklusif dianjurkan menggunakan kontrasepsi yang tidak menghambat produksi ASI. Metode kontrasepsi saat nifas yang bisa digunakan adalah ketika ibu menyusui bayinya secara maksimal antara 8 sampai 10 kali sehari akan mendapat efek kontrasepsi alami yaitu Metode Amenorea Laktasi (MAL). Namun metode ini hanya dapat digunakan selama 6 minggu saja.

Setelah itu bagi ibu menyusui dianjurkan menggunakan KB seperti barrier (kondom) dan IUD. Riwayat ibu tidak nyaman dengan gangguan haid yang ditimbulkan pada kontrasepsi suntik 3 bulan (Progestin) dan ibu tidak bisa meminum obat setiap hari maka tidak dianjurkan menggunakan suntik dan pil untuk kenyamanan ibu dalam berKB. Berikut penjelasan kontrasepsi yang sesuai untuk ibu :

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan. Cara kerja yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

2) Keuntungan

- a) Keuntungan kontrasepsi adalah efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik.
- b) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Bagi bayi : mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - (2) Bagi ibu : Mengurangi pendarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia , meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

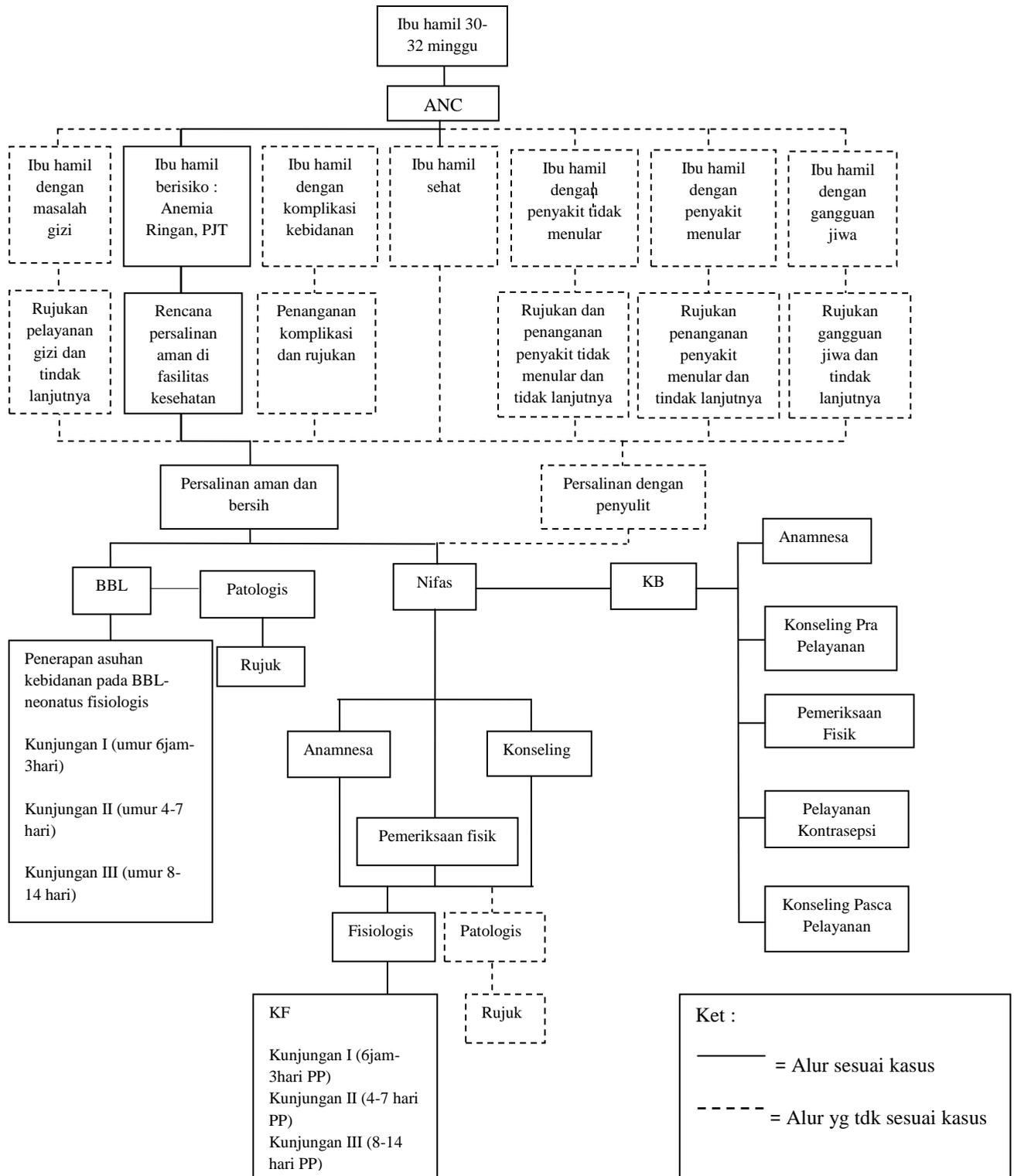
Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang dimaksud adalah menjadikan tanggung jawab seorang bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

Menurut Kepmenkes Nomor 369 (2007), manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Manajemen asuhan kebidanan yang digunakan adalah sesuai

dengan KEPMENKES Nomor 938 yang tercantum dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan).

Bidan dituntut mampu memberikan pelayanan berdasarkan kompetensinya. Standar kompetensi bidan ada 9 yaitu pada kompetensi 1 dan 2 bidan dituntut untuk memiliki wawasan yang luas dan pelayanan yang bermutu tinggi yang menyesuaikan dengan kebudayaan dalam memberikan asuhan bagi wanita, bayi baru lahir, asuhan pranikah dan kesiapan dalam berkeluarga. Standar kompetensi bidan yang ke 3 yaitu mengenai asuhan selama kehamilan, standar kompetensi ke-4 mengenai asuhan persalinan, standar kompetensi ke-5 mengenai asuhan terhadap ibu nifas, standar kompetensi ke-6 asuhan bayi baru lahir, standar kompetensi ke-7 asuhan bayi dan balita, standar kompetensi ke-8 mengenai asuhan kepada keluarga dan standar ke-9 asuhan terhadap wanita dengan gangguan sistem reproduksi (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

C. Flow chart



Bagan.1 Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan
 Sumber. Modifikasi Kementerian Kesehatan RI, 2010 dan Departemen Kesehatan RI, 2008.