

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari empat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari tujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

2. Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (Varney, Krebs dan Gregor, 2008).

3. Konsep Pemeriksaan atau Pengawasan Antenatal

a. Pemeriksaan Antenatal Care

Pada Trimester III, ANC dilakukan setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran tiap seminggu sekali, evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan, diet empat sehat lima sempurna, pemerisaan ultrasonografi, imunisasi tetanus II, observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga, rencana pengobatan, nasihat tentang tanda in partu, dan kemana harus datang untuk melahirkan (Manuaba, Ida B., 2010).

Tujuan dari perawatan antenatal adalah agar ibu dan janin dalam kondisi selamat selama kehamilan persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan, bayi yang dilahirkan hidup sehat, ibu sanggup merawat dan memberi ASI kepada bayinya, serta suami istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana (Rochjati, 2011).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10T) :

1) Timbang Berat Badan.

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes, 2010).

2) Ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA).

Pengukuran LiLA pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK), dimana LiLA kurang dari 23,5 cm (Kemenkes, 2010).

3) Ukur Tekanan Darah.

Pengukuran tekanan darah setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi hipertensi dan preeklampsia (Kemenkes, 2010).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri dan Hitung Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pengukuran tinggi fundus setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin. Penilaian DJJ pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kunjungan. DJJ < 120/menit atau > 160/menit menunjukkan gawat janin (Kemenkes, 2010).

5) Tentukan Presentasi Janin

Menentukan presentasi janin pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal (Kemenkes, 2010).

6) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Diberikan sesuai status imunisasi TT ibu (Kemenkes, 2010).

7) Beri Tablet Tambah Darah (Tablet Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama (Kemenkes, 2010).

8) Periksa Laboratorium (Rutin Dan Khusus)

Pemeriksaan golongan darah dilakukan satu kali pada trimester pertama. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan ketiga. Pemeriksaan protein dalam urin dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan darah Malaria, Sifilis ,HIV, dan BTA atas indikasi (Kemenkes, 2010).

9) Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaa, setiap kelainan yang ditemukan harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk. Rujuk untuk penanganan anemia sesuai standar, konseling gizi, diet makanan kaya zat besi, dan protein serta perencanaan persalinan di tempat yang aman (Kemenkes, 2010).

10) KIE Efektif

KIE diberikan disetiap kunjungan antenatal :

Tabel 1. Materi KIE Efektif dalam Pelayanan ANC Terpadu

No	Materi KIE	Isi Pesan
1	Persiapan menghadapi persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi.	Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, persalinan dan nifas; tabulin; tempat persalinan; transportasi rujukan; penolong persalinan; calon donor darah; pendamping persalinan; suami SIAGA.
2	Inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI eksklusif.	Skin to skin contact untuk IMD; kolostrum; rawat gabung; ASI saja 6 bulan; tidak diberi susu formula; keinginan untuk menyusui; penjelasan pentingnya ASI; perawatan puting susu.
4	KB paska persalinan	Metode yang sesuai dalam masa nifas
5	Masalah gizi	Suplementasi tablet besi; mengkonsumsi garam beryodium; mengkonsumsi makanan padat kalori dan kaya zat besi; pemberian makanan tambahan.
5	Masalah penyakit kronis dan penyakit menular	Upaya pencegahan; mengenali gejala penyakit; menerapkan PHBS; kepatuhan minum obat.
6	Kelas ibu	Setiap ibu hamil menggunakan buku KIA; bertukar pengalaman diantara ibu hamil; senam hamil.
7	<i>Brain booster</i>	Berkomunikasi dengan janin; musik untuk menstimulasi janin; nutrisi seimbang bagi ibu hamil.
8	Informasi HIV/AIDS (PMTCT) dan IMS	Definisi HIV, AIDS dan IMS; penularan HIV dan IMS; pentingnya tes HIV.
9	Informasi KtP	Pengertian kekerasan terhadap perempuan; bentuk bentuk KtP; akibat KtP; Pencegahan dan penanganan KtP.

Sumber : Kemenkes, 2010.

Ibu diberikan pemahaman bahwa kebutuhan kalsium paling tinggi terjadi di trimester akhir. Sumber kalsium diperoleh dari susu, keju, dan sayuran hijau. Ibu juga diberikan pemahaman mengenai ketidaknyamanan seperti nyeri pada punggung yang disebabkan oleh perubahan folosis, dapat diatasi dengan menghindari mengangkat berat, istirahat cukup, posisi yang benar (Medforth, Susan, Maggie, Beverley dan Angela, 2011).

b. Jenis Pelayanan

1) Anamnesa

Ibu di beri sejumlah pertanyaan untuk anamnesa, antara lain menanyakan keluhan yang dirasakan; tanda penting yang terkait masalah; riwayat kehamilan yang sekarang, kehamilan, persalinan sebelumnya, dan penyakit yang diderita, status imunisasi TT; serta tablet Fe yang dikonsumsi (Kemenkes, 2010).

2) Pemeriksaan

a) Fisik Umum

Kesan umum: kompos mentis, pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, berat badan (Manuaba, Ida B., 2010).

Tabel 2. IMT dan Rekomendasi Penambahan Berat Badan

IMT sebelum hamil (berat badan (kg)/ tinggi badan (m ²))	Rekomendasi penambahan berat badan (kg)
Rendah (<19,8)	12,5-18 kg
Normal (19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (>29)	6 (minimal)

Sumber : Varney, Krebs dan Gregor, 2008.

b) Pemeriksaan Obstetri

Inspeksi (TFU, dinding abdomen, gerak janin yang tampak). Leopold I bertujuan untuk menentukan usia kehamilan dan mengetahui bagian janin di fundus uteri. Leopold II bertujuan untuk menentukan di mana letak punggung ataupun kaki janin pada perut ibu. Leopold III bertujuan untuk menentukan bagian janin (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu serta apakah sudah menyentuh PAP.

Leopold IV bertujuan untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki PAP, mulai dilakukan pada usia kehamilan 24 minggu. Perkusi adanya tanda cairan bebas, Auskultasi, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan tambahan (pemeriksaan laboratorium, ultrasonografi, dan tes pemeriksaan bakteriologis) (Manuaba, Ida B., 2010).

Tabel 3. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan

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

Sumber : Saifuddin, 2009.

4. Skrining Faktor Risiko pada Pelayanan Antenatal

Tujuan dari pendekatan risiko adalah meningkatkan mutu pelayanan kepada semua ibu hamil, janin dan bayi baru lahir. Kelompok faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam kelompok I, II, dan III. Pada laporan ini yang dibahas adalah kelompok faktor risiko II. Kelompok II, Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat (Rochjati, 2011).

Tabel 4. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II :

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan – Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	a. Anemia	Pucat, lemas, lelah, lesu, mata kunang-kunang.
	b. Malaria	Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala.
	c. Tuberkulosa Paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu, dan kurus.
	d. Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak.
	e. Kencing manis	Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab.
	f. PMS	Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab.
2	PER	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi.
3	Hamil kembar /gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat.
4	Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak,
5	Hamil lebih bulan /hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan.
6	Janin mati di dalam Rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil.
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas.
8	Letak lintang	Kepala bayi di dalam Rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati, 2011.

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka yang disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari bobot berat atau ringannya risiko. Digunakan angka bulat dibawah 10, sebagai angka dasar 2,4, dan 8 pada tiap faktor risiko untuk membedakan risiko yang rendah, risiko menengah dan risiko tinggi. Skor 2 merupakan skor awal pada setiap ibu hamil dengan berapapun umur ibu dan jumlah anaknya.

Kehamilan dibagi menjadi beberapa kelompok berdasarkan jumlah skor yang terdapat dalam Poedji Rochjati, yaitu Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, dan Kehamilan dengan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati, 2011).

5. Anemia dalam Kehamilan

a. Definisi

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar $< 10,5$ gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, dimana hal ini terjadi karena proses *hemodilusi*, yang banyak ditemui pada wanita hamil terutama pada trimester 2 (Cunningham, Leveno, Bloom, dan Hauth, 2012).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya kadar hemoglobin dalam darah, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan indikasi anemia adalah jika

konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50 sampai dengan 11,00 gr%. Terdapat faktor yang memperberat anemia, yaitu status ekonomi, ras, dan wanita perokok (Varney, Krebs dan Gregor, 2008).

b. Patofisiologi

Ibu hamil memiliki kebutuhan oksigen yang lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritoprotein. Peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar dibandingkan dengan peningkatan hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi. Volume plasma yang terekspansi menurunkan nilai Ht, konsentrasi Hb, dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi, sehingga terjadi anemia fisiologis dalam kehamilan (Saifuddin, 2010).

c. Bahaya Anemia pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Janin

Anemia pada kehamilan trimester III dapat menyebabkan terjadinya persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$), ketuban pecah dini (KPD). Bahaya saat persalinan yaitu gangguan his, kala pertama lama, kala dua memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri diikuti retensio plasenta, perdarahan postpartum, kala IV dengan perdarahan postpartum sekunder.

Pada kala nifas dapat terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium. Bahaya anemia terhadap janin adalah prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat

infeksi sampai kematian perinatal, dan intelegensia rendah (Manuaba, Ida B., 2010).

d. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Bidan dapat menegakkan diagnosis anemia dalam kehamilan melalui anamnesa. Pada anamnesa dapat ditemukan keluhan seperti cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah lebih hebat dari hamil muda. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat yang biasa digunakan yaitu sahli (Manuaba, Ida B., 2010).

Pada pemeriksaan fisik dijumpai sianosis, konjungtiva pucat pada pemeriksaan mata, kulit cenderung pucat, sedikit kuning. Pada pemeriksaan rambut dijumpai kerontokan, rambut tipis dan rapuh. Pada kuku tampak pucat, rapuh, dan berbukit. Pada mulut cenderung kering, stomatitis. Pada pemeriksaan abdomen kadang dijumpai *hepatomegaly* dan *Spenomegaly*. Pada anus kadang dijumpai hemoroid (Winnifred, Mauren, dan Lisa, 2000).

e. Klasifikasi Anemia

Pada wanita yang tidak hamil, dikatakan tidak anemia apabila HB 12 gr%. Klasifikasi anemia pada ibu hamil yaitu tidak anemia dengan kadar Hb >11 gr %, anemia ringan 10-10,9 gr%, anemia sedang 7-9,9 gr % , dan anemia berat < 7 gr % (WHO, 2011).

f. Anemia Defisiensi Besi dan Penanganannya

Anemia defisiensi besi merupakan defisiensi nutrisi yang paling sering ditemukan baik di negara maju maupun negara berkembang. Anemia

defisiensi besi merupakan tahap defisiensi besi yang paling parah, yang ditandai dengan penurunan cadangan besi, konsentrasi besi serum, dan saturasi transferin yang rendah serta konsentrasi hemoglobin atau nilai hematokrit yang menurun. Pencegahan anemia defisiensi besi dengan suplementasi besi dan asam folat (Saifuddin, 2010).

Hb dan Ht adalah uji laboratorium yang paling umum digunakan untuk memeriksa anemia defisiensi zat besi. Uji yang paling definitif untuk mendiagnosis anemia defisiensi zat besi adalah feritin serum $<15 \mu\text{g/L}$ harus dipertimbangkan diagnostik anemia defisiensi zat besi. Kebanyakan wanita yang mengalami defisiensi zat besi adalah asimtomatik. Mereka yang datang dengan gejala keluhan keletihan, kurang energi atau kurang-kurang (Walsh, Linda V, 2007) .

Pemberian kalori 300 kalori/ hari dan suplemen besi sebanyak 60 mg/hari kiranya cukup mencegah anemia. Perlu dibuat diagnosis banding sehingga terapi ditujukan dengan tepat. Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral atau parenteral. Terapi oral adalah dengan pemberian preparat besi fero sulfat, fero gluconat atau Na-fero bisitrat dibandingkan dengan ferosulfat. Kini program nasional menganjurkan konsumsi 60 mg besi dan $50 \mu\text{g}$ asam folat untuk profilaksis anemia (Saifuddin, 2009).

Pendidikan dan konseling nutrisi harus memberi ibu pemahaman tentang peningkatan kebutuhan zat besi pada kehamilan. Ibu diberikan contoh mengenai makanan tinggi zat besi meliputi jeroan, daging merah,

ikan, kuning telur, gandum dan roti sereal diperkaya, sayuran berdaun hijau tua, legum, aprikot, dan buah prem (Walsh, Linda V, 2007).

Ibu juga diberikan pemahaman mengenai bahan makanan yang dapat menghambat penyerapan zat besi, seperti fitat yang terdapat pada kulit padi-padian, biji-bijian, tepung seruhan, dan kacang polong. Senyawa fenolat pengikat zat besi atau tanin juga dapat menghambat penyerapan zat besi yang terdapat pada teh, cokelat, jamu-jamuan, kopi, serta kalsium pada susu dan hasil olahannya (Luh, 2013).

Pada ibu yang menderita anemia defisiensi zat besi, suplemen zat besi oral harus diteruskan hingga pascanatal, terutama jika ia menyusui. Tes darah harus diulang 6 minggu pascanatal, pemeriksaan lebih lanjut dilakukan untuk mengetahui apakah anemia defisiensi zat besi masih tetap terjadi atau tidak. Hari pascanatal ketika dilakukan pemeriksaan hemoglobin, dapat memberikan makna klinis pada penatalaksanaan selanjutnya (Diane dan Margareth, 2009).

g. Follow-up

Pemeriksaan nilai hematokrit dan hemoglobin sekitar satu bulan setelah memulai terapi. Jumlah retikulosit dapat dipesan untuk menunjukkan tingkat serum folat atau serum B12 beberapa bulan setelah memulai terapi untuk kekurangan folat atau vitamin B12. Konsultasi dengan pysician untuk tes tambahan yang mungkin diperlukan. menawarkan skrining laboratorium untuk ayah dari bayi jika ibu memiliki hemoglobinopati a (Winnifred, Mauren, dan Lisa, 2000).

h. Kehamilan dengan Riwayat IUD Insitu

Di antara wanita yang hamil dengan IUD in situ, ada risiko terkait dengan penghapusan IUD serta dengan meninggalkan IUD selama kehamilan. Dibandingkan dengan wanita yang IUD telah dihapus di awal kehamilan, wanita yang IUDnya dipertahankan berada pada peningkatan risiko aborsi spontan, kelahiran prematur, dan aborsi septik. Bahkan setelah penghapusan IUD, wanita hamil tetap berisiko kelahiran prematur dibandingkan dengan kehamilan tanpa IUD (Brahmi, dkk, 2011).

B. Tinjauan Teori Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Saifudin, 2009).

2. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

Lightening (penurunan presentasi bayi ke dalam pelvis minor), perubahan serviks (tergantung pada wanita dan paritasnya), kontraksi uterus yang sangat nyeri, ketuban pecah, serta adanya *bloody show* (rabas lendir bercampur darah) (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

3. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Power terdiri dari HIS (kontraksi otot rahim), kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, serta ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum. Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Passage terdiri dari jalan lahir lunak (otot-otot, sendi ligamen), dan jalan lahir keras (tulang) (Manuaba, Ida B., 2010).

4. Mekanisme Persalinan Normal

Penurunan janin melalui jalan lahir oleh karena tekanan jaringan lunak dan struktur tulang dengan serangkaian gerakan disebut dengan mekanisme persalinan. Mekanisme persalinan dimulai dari penurunan, fleksi, rotasi internal kepala, ekstensi kepala, restitusi, rotasi eksternal dan fleksi lateral. Pada ibu multigravida, engagement tidak terjadi hingga persalinan benar-benar dimulai (Diane dan Margareth, 2009).

Tekanan ke bawah dan aksis janin mendesak oksiput. Efeknya meningkatnya fleksi. Tahanan diafragma muscular menyebabkan rotasi. Setelah crowning, kepala janin mengalami ekstensi. Terpilannya leher terjadi akibat rotasi internal. Bahu mengalami rotasi sehingga dalam diameter anteroposterior. Bahu lahir berurutan, memungkinkan diameter yang kecil mendistensi orifisium vagina (Diane dan Margareth, 2009).

5. Proses Persalinan Normal

a. Kala I

Dimulai saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Fase laten sebelum kala satu aktif dapat berlangsung 6-8 jam pada

primigravida untuk dilatasi serviks dari 0 cm hingga 3-4 cm. Kala satu aktif adalah ketika serviks mengalami dilatasi yang lebih cepat, dimulai ketika serviks berdilatasi 3-4 cm dan jika terdapat kontraksi ritmik (Saifuddin, 2009).

Pada persalinan yang sebenarnya, kontraksi menunjukkan pola ritme yang beraturan, sejalan dengan durasi, waktu, kekuatan, frekuensinya akan bertambah. Ibu merasakan nyeri punggung pada pertamakali, pengerasan uterus yang simultan. Seringkali pada awalnya kontraksi ini berjalan sangat singkat, yaitu 30-40 detik dan dapat berjarak 30 menit (Diane dan Margareth, 2009).

Kala satu aktif selesai jika serviks sudah mengalami dilatasi penuh (10 cm). Lama persalinan bervariasi dan dipengaruhi oleh paritas, interval kelahiran, status psikologis, presentasi dan posisi janin, bentuk dan ukuran pelvic maternal, serta karakteristik kontraksi uterus. Asuhan yang dapat diberikan berupa menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga, atau teman dekat.

Mengatur aktivitas dan posisi ibu, membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his menjaga privasi ibu, menjelaskan tentang kemajuan persalinan. Menjaga kebersihan ibu, masase, melakukan pijatan pada punggung dengan lembut, memberikan cukup minum, mempertahankan kandung kemih tetap kosong, memberikan sentuhan, sesuai dengan keinginan ibu (Saifuddin, 2009).

Tabel 5. Pemantauan pada Persalinan

Kemajuan Persalinan	Keadaan Ibu	Keadaan Janin
1. His/kontraksi:	1. Tanda vital	1. Periksa denyut
a. Frekuensi	(kontrol tensi	jantung janin
b. Lamanya	tiap 4 jam)	setiap ½ jam,
c. Kekuatan	2. Status kandung	pada fase aktif.
Kontrol ½ jam sekali	kemih	Jika selaput
pada fase aktif.	3. Pemberian	ketuban pecah
Pemeriksaan Vagina:	makan/minuma	periksa:
2. Pembukaan serviks	n.	2. Warna cairan
3. Penipisan serviks	4. Perubahan	(adanya
4. Penurunan bagian	perilaku	mekonium)
terendah		3. Kepekatan
5. Molding/molase		4. Jumlah cairan
		5. Molase

Sumber : Saifuddin, 2009.

b. Kala II

Pada persalinan kala II bidan harus mengenali adanya tanda gejala kala II. Bidan harus memeriksa tanda sebagai berikut apakah ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vaginanya, perineum yang menonjol dan menipis serta vulva-vagina dan sfingter ani membuka (Kemenkes, 2013).

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm. Proses persalinan kala II pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida 1 jam. Ibu mengedan selama kontraksi dan ia kelelahan. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan selama persalinan normal berupa memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan seseorang untuk mendampingi ibu.

Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi, mengipasi dan massase, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan,

menjaga privasi, menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan serta prosedur yang akan dilakukan, mengatur posisi ibu, menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin, memberikan minum untuk memberi tenaga pada ibu, memimpin mengedan saat ada his, memantau denyut jantung janin setelah setiap kontraksi, melahirkan bayi (Saifuddin, 2009).

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Lama persalinan kala III pada primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Manajemen Aktif Kala III adalah memberikan oksitosin 10 IU melalui injeksi intramuskular pada paha anterolateral 2 menit setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali serta massase fundus uteri (Saifuddin, 2008).

Jika traksi tali pusat terkendali dilakukan, terdapat beberapa pemeriksaan yang harus dilakukan sebelumnya yaitu apakah obat uterotonik telah diberikan, apakah memang tindakan ini sudah boleh dilakukan, apakah uterus berkontraksi dengan baik, dan apakah ada tanda pelepasan plasenta (ada darah segar yang keluar, tali pusat memanjang, fundus menjadi lebih bundar dan kecil) (Diane dan Margareth, 2009).

d. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Penanganan pada kala IV antara lain memeriksa fundus, tekanan darah, nadi, kandung kemih dan

perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Ibu dianjurkan minum untuk mencegah dehidrasi, membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian bersih ibu, membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi berada pada ibu, menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI, memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan, mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus serta tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin, 2008).

Pada kala IV periksa luka robekan pada perineum yang membutuhkan jahitan. Perkirakan pengeluaran darah yang menyerap pada kain atau dengan cara menentukan berapa banyak kantong darah 500cc yang dapat terisi. Tidak menyumbat vagina dengan kain untuk menyerap darah. Pengeluaran darah disebut abnormal bila lebih dari 500 cc (Saifuddin, 2009).

Tingkat robekan perineum dibagi menjadi empat. Pada perlukaan tingkat I/fourchet dengan otot perineum tampak. Pada robekan tingkat II dinding vagina belakang robek, otot perineum robek tetapi belum mencapai sfingter ani, sfingter ani masih utuh, Pada perlukaan tingkat III robekan makin luas mencapai sfingter ani dan mukosa rektum masih utuh. Pada robekan tingkat IV robekan makin luas sampai mengenai mukosa rektum, kanalis rektum terbuka (Manuaba, 2010).

C. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir dan Neonatus

1. Definisi Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dalam satu jam pertama hingga usia 4 minggu dengan usia gestasi 37 hingga 42 minggu berat badan lahir 2500-4000 gram, langsung menangis dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat. Tanda bayi baru lahir sehat antara lain berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mampu menghisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan (Kemenkes, 2010).

2. Adaptasi Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi paru

Hingga saat lahir tiba, janin bergantung pada pertukaran gas darah maternal melalui paru paru maternal dan plasenta (Diane, dan Margareth., 2009).

b. Adaptasi Kardiovaskuler

Terjadi penutupan foramen ovale dan duktus arteriosus akibat perubahan gradien tekanan setelah pemotongan plasenta (Diane, dan Margareth., 2009).

c. Adaptasi Suhu

Perbandingan antara area permukaan dan massa tubuh bayi dapat menyebabkan kehilangan panas, khususnya kepala. Selain kehilangan panas melalui penguapan, kehilangan panas lain dapat terjadi melalui konduksi saat bayi terpajan dengan permukaan dingin, dan melalui

konveksi disebabkan oleh aliran udara dingin pada permukaan tubuh. Bayi aterm memiliki lemak coklat yang cukup untuk memenuhi kebutuhan panas minimal 2-4 hari setelah kelahiran (Diane, dan Margareth., 2009).

d. Perubahan pada Darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan nilai hematocrit/hemoglobin yang tinggi, normalnya 13,7 sampai 20,0 g/dL (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

e. Perubahan pada Gastrointestinal

Kapasitas lambung pada bayi tersebut cukup terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Usus bayi baru lahir juga tidak matur. Bayi baru lahir cenderung mengalami komplikasi kehilangan cairan (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

3. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam

Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama. Asuhan bayi baru lahir meliputi Pencegahan Infeksi (PI), penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi, pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam.

Kontak kulit bayi dan ibu menyelimuti kepala dan tubuh bayi, pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri, pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha

kanan, pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata antibiotika dosis tunggal, pemeriksaan bayi baru lahir, serta pemberian asi eksklusif (Kemenkes RI, 2010).

a. Skor APGAR

Alat bantu yang bermanfaat dalam evaluasi bayi adalah sistem skor APGAR yang diterapkan di menit pertama dan kelima setelah lahir. Secara umum semakin tinggi skor (maksimum 10) maka semakin baik kondisi bayi. Skor APGAR 1 menit menentukan perlu tidaknya resusitasi segera. Sebagian besar bayi lahir berada dalam kondisi baik seperti di tunjukkan oleh skor apgar yang berkisar dari 7 sampai 10, dan tidak memerlukan bantuan (Diane, dan Margareth., 2009).

b. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Segera setelah dilahirkan, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

Biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu minimal selama satu jam, bila menyusu awal terjadi sebelum 1 jam, biarkan bayi tetap di dada ibu sampai 1 jam. Jika bayi belum mendapatkan puting susu ibu dalam 1 jam posisikan bayi lebih dekat dengan puting susu ibu, dan

biarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 30 menit atau 1 jam berikutnya (Kemenkes RI, 2010).

c. Pemberian Vitamin K

Departemen Kesehatan telah membuat kebijakan nasional yang berisi semua bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis vitamin K1 (fetomenadion) (Saifuddin, 2010).

d. Perawatan Mata

Mata neonates bisa mengalami infeksi sewaktu melalui vagina ibu yang mengidap gonore, dilakukan berbagai tindakan untuk mencegah *oftalmia gonokokus neonatorum* dan kebutaan yang ditimbulkannya. Salep tetrasiklin 1% atau salep eritromisin 0,5% merupakan profilaksis efektif terhadap gonorea. Keduanya diperkirakan juga berfungsi mencegah konjungtivitis (Diane, dan Margareth., 2009).

e. Penilaian Bayi untuk Tanda-Tanda Kegawatan

Bayi baru lahir dinyatakan sakit bila frekuensi pernafasan < 60 kali/menit, gerak retraksi di dada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, BBLR dengan kesulitan minum. Sedangkan tanda-tanda bayi sakit berat adalah sulit minum, sianosis sentral, perut kembung, periode *apneu*, kejang, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir < 1500 gram (Saifuddin, 2010).

f. Pemeriksaan Fisik

1) Lihat postur, tonus dan aktivitas : posisi tungkai dan lengan fleksi pada bayi sehat akan bergerak aktif (Kemenkes RI, 2010).

- 2) Lihat kulit : kulit wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa kemerahan (Kemenkes RI, 2010).
- 3) Hitung dan lihat pernapasan : lihat tarikan dinding dada bawah, ketika bayi sedang tidak menangis, frekuensi napas normal 40-60 kali per menit dan tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam (Kemenkes RI, 2010).
- 4) Hitung denyut jantung : frekwensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit (Kemenkes RI, 2010).
- 5) Ukur suhu: suhu normal 36,5 - 37,5° C (Kemenkes RI, 2010).
- 6) Lihat dan raba bagian kepala: bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis (Kemenkes RI, 2010).
- 7) Lihat mata : normal tidak ada kotoran/secret, konjungtiva berwarna merah muda dan sclera berwarna putih (Kemenkes RI, 2010).
- 8) Lihat bagian dalam mulut : yang normal adalah bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah (Kemenkes RI, 2010).
- 9) Lihat dan raba perut : perut bayi datar, teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat (Kemenkes RI, 2010).
- 10) Lihat punggung dan raba tulang belakang : kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan tulang belakang (Kemenkes RI, 2010).

- 11) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah : hitung jumlah jari tangan dan kaki, lihat apakah posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar. Lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak. Tidak terdapat *sindaktili*, *polidaktili*, dan kelainan kaki (Kemenkes RI, 2010).
- 12) Lihat lubang anus : penampakan yang normal adalah terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar, atau tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir (Kemenkes RI, 2010).
- 13) Lihat dan raba alat kelamin luar : tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil. Pada bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Pada bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis dan teraba testis di skrotum. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir (Kemenkes RI, 2010).
- 14) Refleks :

Refleks sejak lahir adalah pola pergerakan yang terbentuk selama kehidupan janin dan sangat penting untuk keberlangsungan hidup janin. Refleks menggenggam dirangsang dengan menggerakkan atau memberikan tekanan pada telapak tangan sehingga bayi mengepalkan tangannya. Refleks yang lemah dapat mengindikasikan gangguan neurologis (Medforth, Susan, Maggie, Beverley, dan Angela, 2011).

Refleks *rooting* adalah refleks dimana bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Refleks isap / *sucking* terjadi apabila terdapat benda yang menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. Refleks moro adalah timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan. Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakkan benda di dalam mulut yang ditafsirkan bayi menolak makanan atau minuman (Kemenkes 2010).

15) Timbang bayi : berat lahir normal adalah 2,5-4 Kg (Kemenkes, x 2010).

16) Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi : panjang lahir normal adalah 48-52 cm dan lingkar kepala normal adalah 33-37cm (Kemenkes RI, 2010).

g. Imunisasi hepatitis B

Imunisasi hepatitis B (HB 0) harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena sebagian ibu hamil merupakan carrier Hepatitis B, hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut mejadi sirosis hati dan kanker hati primer. Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B (Kemenkes 2013).

4. Kunjungan Neonatus

Periode neonatal berlangsung sejak bayi lahir sampai usianya 28 hari, pemeriksaannya dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes

atau melalui kunjungan rumah. Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Harus diperhatikan ketika memberikan asuhan antara lain :

a. Suhu

Masalah yang ditemukan seringkali suhu aksila bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu aksila bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$. Apabila suhu tubuh bayi kurang dari 32°C kemungkinan diagnosis pada bayi adalah hipotermia berat. Apabila suhu tubuh bayi antara 32°C sampai $36,4^{\circ}\text{C}$ maka kemungkinan diagnosis bayi adalah hipotermia sedang. Apabila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ maka kemungkinan diagnosis adalah terjadi hipertermi.

Pada bayi yang mengalami hipertermi, jangan memberikan obat-obatan untuk menurunkan suhu tubuh bayi. Pastikan bahwa bayi mendapatkan makanan atau cairan yang adekuat dengan izinkan bayi untuk mulai menyusu, jika bayi tidak dapat menyusu berikan perasan ASI dengan menggunakan metode pemberian makanan alternatif. Ukur suhu tubuh bayi setiap tiga jam selama 12 jam. Jika suhu tubuh bayi tetap dalam rentang normal, hentikan pengukuran (Nike, 2007).

b. Tali Pusat

Hilangnya air ari *warthons jelly* menyebabkan mumifikasi tali pusat segera setelah lahir. Dalam 24 jam, tali pusat kehilangan

tampilannya yang basah dan berwarna putih kebiruan khas yang segera menjadi kering dan hitam. Secara bertahap, terbentuk garis batas tepat di atas kulit abdomen, dan dalam beberapa hari puntung tali pusat terlepas, meninggalkan sebuah luka bergranulasi yang setelah menyembuh, membentuk umbilikus (Saifuddin, 2010).

Ibu hendaknya tidak membungkus atau menambahkan bahan apapun ke puntung tali pusat. Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan lepas sendiri. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan dengan air DTT dan segera keringkan. Perhatikan tanda infeksi tali pusat, yaitu kemerahan sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau (Kemenkes, 2013).

c. Perawatan Kulit

Bayi harus segera dilap kering untuk mengurangi pengeluaran panas melalui evaporasi. Tidak semua verniks kaseosa dibersihkan, namun verniks yang berlebihan serta mekonium dan darah harus dibersihkan dengan hati-hati. Neonatus sebaiknya jangan dimandikan sampai suhunya stabil (Saifuddin, 2010).

d. Tinja dan Urin

Urine pertama dikeluarkan saat lahir, atau dalam 24 jam pertama dan setelahnya, encer, berwarna kuning, dan tidak berbau. Mekonium dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket (Diane, dan Margareth., 2009).

e. Pemberian ASI

Bayi aterm yang tumbuh sehat lahir dengan cadangan glikogen yang baik, mereka tidak memerlukan volume susu atau kolostrum dalam jumlah besar. Merupakan hal yang biasa pada hari pertama atau berikutnya bayi menyusui tidak teratur. Sebagian besar bayi minta disusui 6-8 kali per 24 jam saat mencapai usia seminggu. Bayi aterm dan sehat lebih mengetahui seberapa sering dan lama ia perlu menyusui, hal ini dikenal dengan menyusui sesuai kebutuhan (Diane dan Margareth, 2009).

Makanan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan adalah ASI. Kolostrum adalah zat bergizi dan mengandung zat kekebalan tubuh. Cara menyusui yang benar yaitu menyusui kanan-kiri bergantian, posisi yang benar yaitu kepala dan tubuh bayi lurus, badan bayi menghadap dada ibu, perlekatan yang benar, yaitu dagu bayi menempel payudara, mulut dan bibir bawah bayi membuka lebar, areola bagian atas ibu tampak lebih banyak (Kemenkes, 2013).

Ibu dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi, ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan sejak bayi dilahirkan sampai umur bayi sekitar 6 bulan tanpa susu formula atau makanan lain. Melewati umur 6 bulan, bayi memerlukan makanan tambahan tetapi pemberian ASI dapat dilanjutkan sampai bayi berumur 2 tahun (Roito, Nur, dan Mardiah, 2013).

f. Memandikan Bayi

Memandikan bayi segera setelah lahir dapat mengakibatkan hipotermia. Beberapa kondisi seperti bayi kurang sehat, bayi belum lepas tali pusat, tidak perlu dipaksakan mandi berendam (Saifuddin, 2010).

g. Rawat gabung

Model perawatan ini menempatkan bayi yang baru lahir di ruangan yang sama dengan ibu. Tujuan rawat gabung adalah membantu hubungan emosional antara ibu dan bayi, meningkatkan penggunaan ASI, pencegahan infeksi, dan pendidikan kesehatan bagi ibu. Syarat dilakukan rawat gabung adalah bayi lahir spontan (Cunningham, 2012).

h. Imunisasi BCG

Vaksin BCG adalah semacam serbuk kering mengandung bakteri serupa dengan organisme yang menyebabkan Tuberkulosis, tetapi sudah diubah sehingga menyebabkan tubuh kebal terhadap tuberkulosis. Vaksin BCG diberikan dalam dosis tunggal 0,05 ml intradermal di lengan kiri bagian atas dengan menggunakan spuit BCG khusus. Imunisasi BCG diberikan satu kali pada umur < 2 bulan. (Departemen of Health, 2013).

Efek samping buruk dari vaksinasi BCG jarang dialami. Ruam kulit, demam, dan pembengkakan di tempat vaksinasi biasanya sembuh tanpa pengobatan khusus. Kelenjar limpa yang bengkak sering perlu diobati secara khusus. Sesudah vaksinasi BCG, bengkakan kecil mungkin terbentuk a dua hari kemudian, dan muncul borok yang mungkin tetap ada hingga dua tiga bulan (Departemen of Health, 2013).

D. Tinjauan Teori Masa Nifas / Postpartum

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu(42 hari). Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2010).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik, melaksanakan skrining komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana (Saifuddin, 2010).

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Normal

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Segera setelah kelahiran tinggi fundus uteri terletak sekitar dua per tiga hingga tiga per empat antara bagian simfisis pubis dan umbilikus. TFU tetap selama satu atau dua hari dan secara bertahap

turun kedalam panggul hingga tidak dapat dipalpasi lagi (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

2) Lokia

Lokia rubra keluar hari ke 1 sampai 3 hari, berwarna merah dan hitam terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah. Lokia Sanguinolenta keluar hari ke 3 sampai 7 berwarna putih bercampur merah. Lokia serosa keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lokia alba keluar setelah hari ke 14 berwarna putih (Manuaba, Ida B., 2010).

3) Vagina dan Perineum

Luka perineum akan berkurang nyerinya dan penyembuhan biasanya terjadi 7-10 hari setelah kelahiran. Perawatan yang tepat segera setelah persalinan atau penjahitan membantu mengurangi edema dan memar (Diane dan Margareth, 2009).

4) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulus bayi yang disusui sehingga terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

b. Perubahan Sistem Urinarius

Pengeluaran janin melewati jalan lahir menyebabkan trauma pada uretra dan kandung kemih sehingga menyebabkan penurunan sensasi terhadap tekanan kandung kemih (Reeder, Martin dan Griffin, 2011).

c. Perubahan Gastro Intestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat. Wanita mungkin menahan defekasi karena luka pada perineumnya (Varney, Krebs dan Gregor, 2007).

d. Perubahan Hematologi

Setelah terjadi hemodilusi diawal yang disebabkan oleh perpindahan cairan interstisial, hematokrit dan hemoglobin meningkat dalam 3 sampai 7 hari karena hemokonsentrasi yang menyertai diuresis. Peningkatan masa sel darah juga berkontribusi terhadap peningkatan hematokrit dan hemoglobin (Reeder, Martin dan Griffin, 2011).

4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Ibu mengalami tiga tahap adaptasi dengan perannya sebagai orangtua. Pertama, *taking in* atau periode tingkah ketergantungan berlangsung 1 sampai 2 hari setelah melahirkan. Kedua, *taking hold* atau periode peralihan dari ketergantungan ke mandiri berlangsung lebih kurang sepuluh hari setelah persalinan. Ketiga adalah *letting go* atau periode kemandirian dalam peran baru (Roito, Noor, dan Mardiah, 2013).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Kebersihan diri

Bidan menganjurkan kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin mulai dari daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus serta mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari (Saifuddin, 2009).

b. Istirahat

Menganjurkan ibu istirahat cukup selagi bayi tidur, karena kurang istirahat akan mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009).

c. Mobilisasi

Mobilisasi dini mempunyai keuntungan mempercepat involusi, melancarkan gastrointestinal dan perkemihan, meningkatkan peredaran darah dan pengeluaran sisa metabolisme (Manuaba, Ida B., 2010).

d. Gizi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet seimbang, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) untuk memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saifuddin, 2009).

e. Perawatan payudara

Ibu harus menjaga payudara tetap bersih dan kering, menggunakan BH yang menyokong payudara (Saifuddin, 2009).

f. Eliminasi

Kencing hendaknya dapat dilakukan sendiri secepatnya (Roito, Nur, dan Mardiah, 2013).

g. Hubungan perkawinan/rumah tangga

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada beberapa tradisi menunda hubungan suami istri sampai setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan, namun keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2009).

5. Tindak Lanjut Asuhan Kebidanan Ibu Nifas di Rumah

Jadwal kunjungan rumah paling sedikit 4 kali kunjungan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir (BBL), selain untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

a. 6-8 Jam Setelah Persalinan

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan merujuk apabila perdarahan 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.

b. 6 Hari Setelah Persalinan

Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, 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.

c. 2 Minggu Setelah Persalinan

Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan).

d. 6 Minggu setelah persalinan

Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami, dan memberikan konseling KB (Saifuddin, 2010).

6. Pijat Oksitosin

Pijat Oksitosin adalah menjaga kebersihan dan kelancaran aliran ASI. Tujuan dari pijat oksitosin ini adalah untuk memperlancar ASI. Ibu dibantu secara psikologis agar lebih percaya diri dan mempunyai pikiran serta perasaan yang baik. Posisi ibu duduk, bersandar kedepan, melipat lengan diatas meja di depannya dan meletakkan kepalanya diatas lengan. Payudara tergantung melepas, tanpa baju, handuk dibentangkan diatas pangkuan pasien.

Bidan menggosok kedua sisi tulang belakang, yaitu dengan menggunakan kepalan tinju kedua tangan dan menghadap kearah atas dan depan. Bidan menekan dengan kuat, membentuk gerakan lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya. Bidan menggosok kearah bawah kedua sisi tulang belakang, dari arah leher ke arah tulang belikat, selama 2-3 menit (Marmi, 2012).

E. Tinjauan Teori Keluarga Berencana

1. Definisi

Keluarga berencana telah dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, bahwa Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas.

2. IUD Post Plasenta

Teknik AKDR post-plasenta cukup aman. Pemasangan AKDR dapat dilakukan juga saat seksio sesaria. Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien bila mau akan dapat dipasang lagi. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil resiko ekspulsi. Kontraindikasi pemasangan post plasenta adalah ketuban pecah lama, infeksi intrapartum dan perdarahan postpartum.

AKDR dimasukkan kedalam fundus uteri dalam 10 menit setelah plasenta lahir. Penolong telah menjepit AKDR di ujung jari tengah dan telunjuk yang selanjutnya menyusuri sampai fundus. Pastikan bahwa AKDR diletakkan dengan benar di fundus. Tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan kebawah. Jangan lupa memotong benang AKDR sepanjang 6 cm sebelum insersi (Affandi, dkk., 2012).

a. Cara Kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, serta mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, dkk., 2012).

b. Keuntungan

Sebagai kontrasepsi efektivitasnya tinggi, sangat efektif, dimana hanya terjadi 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

c. Kerugian

Efek samping yang mungkin terjadi adalah perubahan siklus haid, haid lebih lama dan lebih banyak, *spotting* antar menstruasi, atau saat haid lebih sakit. Komplikasi yang mungkin adalah sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar) (Affandi, dkk., 2012).

d. Persyaratan pemakaian

Wanita yang dapat menggunakan AKDR adalah wanita pada usia reproduktif, keadaan nulipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, wanita dengan risiko rendah IMS, tidak menghendaki metode hormonal dan tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari, yang tidak diperbolehkan menggunakan antara lain wanita yang

sedang hamil, wanita dengan infeksi alat genital, kelainan bawaan uterus, dan perdarahan pervaginam yang tidak diketahui (Affandi, dkk., 2012).

e. Petunjuk bagi klien

Klien dianjurkan untuk kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR. Setelah bulan pertama menggunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid. Klien dianjurkan untuk kembali ke klinik apabila tidak dapat meraba benang AKDR, AKDR terlepas, terjadi pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan, adanya infeksi, serta siklus terganggu (Affandi, dkk., 2012).

Bidan harus menanyakan rincian mengenai masa menstruasi terakhir, masalah yang dialami, adakah nyeri pada saat koitus, apakah pasien sudah dapat memeriksa benangnya sendiri, karena hal ini akan memberitahu adakah tanda infeksi. Klien harus diperiksa menggunakan spekulum agar benang dapat diamati. Apabila benang AKDR terlalu panjang, dapat dipotong (Suzane, 2007).

F. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Varney

Proses penatalaksanaan adalah sebuah metode pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam alur logis untuk keuntungan pasien dan pemberi perawatan kesehatan.

- a. Menyelidiki dengan cara memperoleh semua data yang dibutuhkan untuk melengkapi evaluasi ibu atau bayi baru lahir.
- b. Membuat identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.
- c. Mengantisipasi masalah atau diagnosis yang akan terjadi lainnya, yang dapat mejadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi.
- d. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera , serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir.
- e. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan ynag dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya.
- f. Mengemban tanggungjawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan ynag efisien dan aman (Varney, Krebs dan Gregor, 2008).
- g. Mengevaluasi keefektifanperawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan di atas.

2. Standar Asuhan Kebidanan : Kepmenkes no. 938/Menkes/SK/VIII/2007

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan.

1. Standar I : Pengkajian

a. Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria Pengkajian

Data tepat, akurat dan lengkap; data subjektif (hasil anamnesa) dan objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan penunjang)

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data dari pengkajian, menginterpretasikan akurat dan logis, menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan.

b. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah

Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan; masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien; dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien: tindakan segera, antisipasi, asuhan komprehensif; melibatkan pasien dan keluarga; mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya keluarga; tindakan yang aman.

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria

Memperlihatkan keunikan klien; setiap tindakan harus mendapatkan persetujuan (inform consent); berdasar evidence based; melibatkan pasien dalam tindakan; menjaga privacy; pencegahan infeksi; mengikuti kondisi klien berkesinambungan; menggunakan sumberdaya, sarana, fasilitas; melakukan tindakan sesuai standar; mencatat tindakan yang dilakukan.

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan.

b. Kriteria Evaluasi

Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien; hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga; evaluasi sesuai standar; hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai kondisi klien/pasien.

6. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

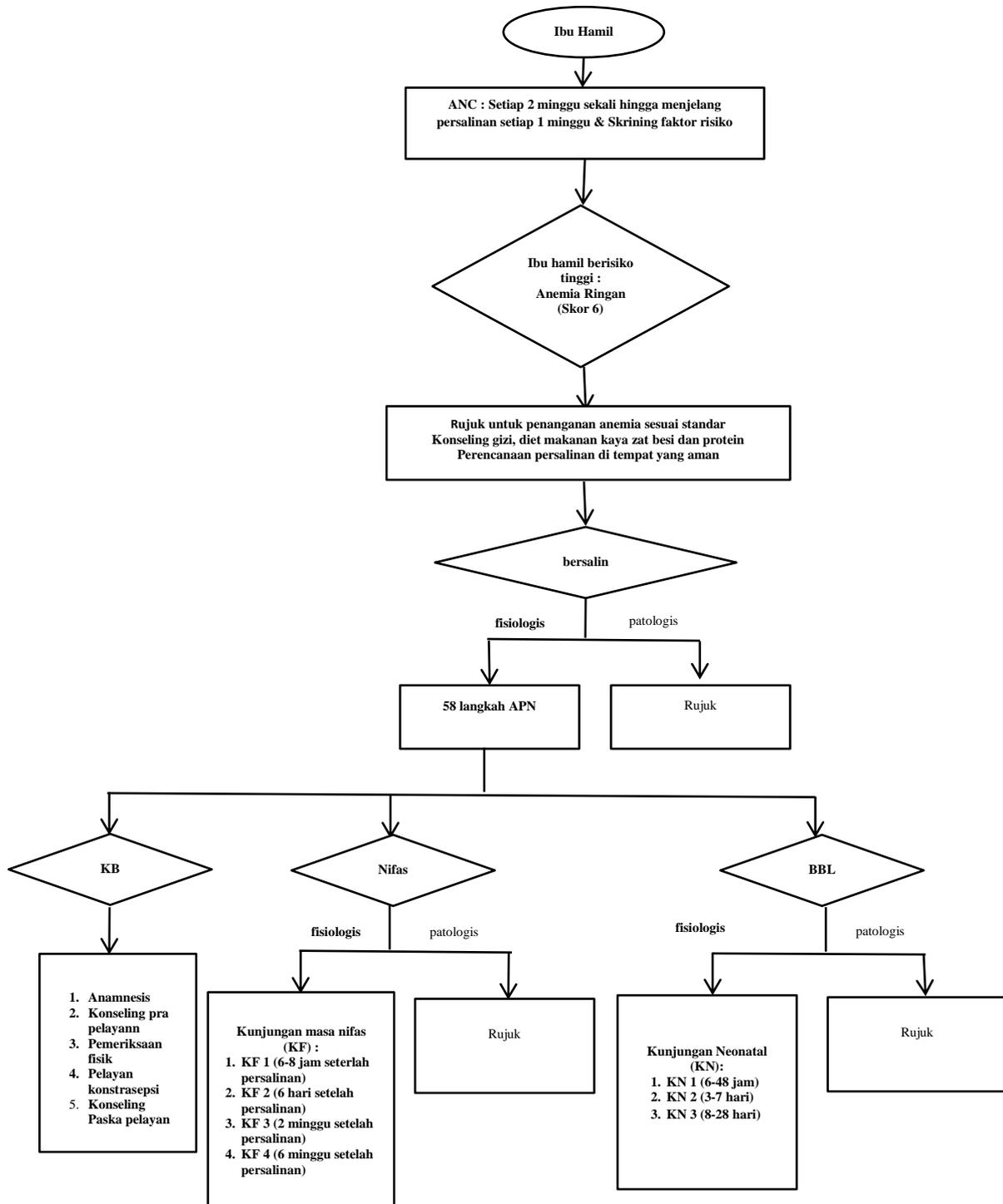
a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

Dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan; bentuk SOAP; S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa; O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan; A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan; P adalah penatalaksanaan, mencatat perencanaan dan penatalaksanaan seperti antisipatif, tindakan segera, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, follow up dan rujukan (Kepmenkes, 2007).

G.Flowchart Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan



Gambar 1. *Flowchart* Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan
 Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2008 & 2010, Direktorat Bina Kesehatan Ibu 2013.