

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari masa 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 dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saiffudin, 2009).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Akan terjadi beberapa perubahan fisiologi pada kehamilan Trimester III yang meliputi :

1) Perubahan Metabolik

Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.

Tabel 1. Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

Sumber : (Saifuddin, 2009)

2) Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat (Wiknjosastro, 2005).

3) Sistem Hematologi

Selama kehamilan volume darah, dan komponen-komponennya (plasma dan sel darah) mulai meningkat pada trimester pertama, bertambah sangat cepat di trimester dua, kemudian peningkatan melambat selama trimester tiga. Karena plasma bertambah cukup besar, maka konsentrasi hemoglobin dan hematokrit agak berkurang. Akibatnya kekentalan darah berkurang. Karena itu, konsentrasi hemoglobin <11 g/dl, terutama pada akhir kehamilan dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi zat besi (Cunningham, 2013).

c. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

Berikut ini adalah ketidaknyamanan yang biasa dirasakan ibu hamil trimester tiga menurut Varney (2007):

1) 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.

2) Kesemutan dan Baal pada Jari

Akibat pembesaran uterus, ibu hamil akan mengambil posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sebagai upaya menyeimbangkan berat bagian depannya. Postur ini diduga mengakibatkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan, yang mengakibatkan kesemutan. Cara penanganannya dengan cara membelat pergelangan tangan untuk mempertahankan pada posisi netral.

3) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama

kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

d. Faktor Risiko Ibu Hamil

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/bayinya. Skrining faktor resiko dapat dilakukan menggunakan Kartu Skrining Poedji Rochyati (KSPR), dan menurut penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kebonsari tidak didapatkan faktor risiko kehamilan baru selain yang ada pada KSPR yang bermakna secara statistik (Ditaningtias, dkk, 2015).

Menurut Rochjati (2011) faktor risiko pada ibu hamil dikelompok dalam 3 kelompok yaitu:

1) Kelompok I (Ada potensi gawat obstetrik / APGO)

Ada 10 faktor risiko (7 terlalu, 3 pernah). Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan. Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit/komplikasi dalam persalinan.

2) Kelompok II (Ada gawat obstetric / AGO)

Ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

3) Kelompok III (Ada gawat darurat obstetrik/AGDO)

Ada 2 faktor risiko. Ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infus/transfusi	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
17	Letak Sungsang	8					
18	Letak Lintang	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO					
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LONG	RUJUKAN		
			TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal / /

RUJUKAN DARI :	1. Sendiri	RUJUKAN KE :	1. Bidan
	2. Dukun		2. Puskesmas
	3. Bidan		3. Rumah Sakit
	4. Puskesmas		

RUJUKAN :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTt)

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

-
-
-
-
-
-
-

Gawat Darurat Obstetrik :

- Kel. Faktor Risiko III**
- 1. Perdarahan antepartum
- 2. Eklampsia
- Komplikasi Obstetrik**
- 3. Perdarahan postpartum
- 4. Uri Tertinggal
- 5. Persalinan Lama
- 6. Panas Tinggi

TEMPAT :

1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :

1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
- 4 Lain-2

MACAM PERSALINAN :

1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
 - a. Perdarahan
 - b. Preeklampsia/Eklampsia
 - c. Partus lama
 - d. Infeksi
 - e. Lain-2
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

TEMPAT KEMATIAN IBU :

1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor :
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat
2. Sakit
3. Mati, penyebab

Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana :

1. Ya, / Sterilisasi
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 1. Kartu Skrining Faktor Risiko Puji Rochjati

2. Anemia dalam Kehamilan

a. Pengertian

Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropoietin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun,

peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi (Saifuddin, 2010).

Anemia secara praktis didefinisikan sebagai kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit dibawah batas normal. Dalam praktik rutin, konsentrasi Hb kurang dari 11 gr/dl pada akhir trimester pertama dan ketiga, serta < 10,5 g/dl pada trimester kedua diusulkan menjadi batas (Saifuddin, 2010).

Tabel 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

Sumber : Saifuddin, 2010

b. Diagnosis Anemia dalam Kehamilan

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. Dari hasil anamnesa dilakukan pemeriksaan lanjutan menggunakan alat *Sahli* dan hasilnya dapat digolongkan sebagai berikut.

Tabel 3. Kategori Anemia

Kadar Hb (g/dl)	Kategori anemia
11	Tidak anemia
9-10	Anemia
7-8	Anemia sedang
<7	Anemia berat

Sumber : Manuaba, 2012

c. Penyebab Anemia dalam Kehamilan

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, dan berkurangnya utilisasi nutrisi hemopoietik. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi zat besi, penyebab tersering kedua adalah anemia megaloblastik yang dapat disebabkan oleh defisiensi asam folat dan vitamin B₁₂. Penyebab anemia lain yang jarang ditemui antara lain adalah hemoglobinopati, proses inflamasi, toksisitas zat kimia, dan keganasan (Saifuddin, 2010).

d. Klasifikasi Anemia

1) Defisiensi besi

Anemia defisiensi besi merupakan tahap defisiensi besi yang paling parah, yang ditandai oleh penurunan cadangan besi, konsentrasi besi serum, saturasi transferin yang rendah, dan konsentrasi hemoglobin atau nilai hematokrit yang menurun. Pada kehamilan, kehilangan zat besi terjadi akibat pengalihan besi

maternal ke janin, kehilangan darah saat persalinan, dan laktasi yang jumlah keseluruhannya dapat mencapai 900 mg atau setara dengan 2 liter darah. Saat laktasi, ibu masih memerlukan kesehatan jasmani yang optimal sehingga dapat menyiapkan ASI untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Dalam keadaan anemia laktasi tidak mungkin dilaksanakan dengan baik (Saifuddin, 2010; Manuaba, 2012).

Pencegahan anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan suplementasi besi dan asam folat. WHO menganjurkan untuk memberikan 60 mg besi selama 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan fisiologik selama kehamilan. Namun, banyak literatur menganjurkan dosis 100 mg besi setiap hari selama 16 minggu atau lebih pada kehamilan. Di wilayah dengan prevalensi anemia yang tinggi, dianjurkan untuk memberikan suplementasi sampai tiga bulan postpartum (Saifuddin, 2010).

2) Anemia Megaloblastik

Pada kehamilan, kebutuhan folat meningkat lima sampai sepuluh kali lipat karena transfer folat dari ibu ke janin yang menyebabkan dilepasnya cadangan folat maternal. Defisiensi asam folat karenanya sangat sering terjadi dan merupakan penyebab utama anemia megaloblastik dalam kehamilan. Gejala-gejala defisiensi asam folat sama dengan anemia secara umum ditambah kulit yang kasar dan glositis. Defisiensi asam folat dapat

menyebabkan kelainan pada jantung, saluran kemih, alat gerak, dan organ lainnya, selain itu dikaitkan dengan defek pada penutupan tabung neural (Saifuddin, 2010).

e. Pengaruh Anemia pada Kehamilan dan Janin

1) Pengaruh anemia terhadap kehamilan

- a) 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 (Manuaba, 2012).
- b) Bahaya saat persalinan: Gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012).
- c) Pada nifas: Terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012).

2) 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, dan intelegensia rendah (Manuaba, 2012).

f. Penanganan Anemia dalam Kehamilan

- 1) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakahkemungkinan *pica*, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat (Robson, 2011).
- 2) Memberikan sulfat ferosa 200 mg 1-2 kali sehari. Sulfat ferosa diberikan 1 tablet pada hari pertama kemudian dievaluasi apakah ada keluhan (misalnya mual, muntah), apabila tidak ada keluhan maka pemberian sulfat ferosa dapat dilanjutkan hingga anemia terkoreksi (Robson, 2011).
- 3) Ibu hamil yang anemia dikarenakan kurang mengonsumsi buah-buahan terutama buah yang mengandung vitamin C (Laba, Jafar, dan Virani, 2013). Absorpsi besi nonheme meningkat empat kali

lipat bila ada vitamin C (Gibney, et al, 2008). Sumber vitamin C adalah buah dan sayur segar, antara lain jeruk, kiwi, pepaya, bayam, kol, brokoli, dan tomat (Proverawati, 2009).

- 4) Memberikan asam folat secara oral sebanyak 1 sampai 5 mg per hari dan ibu hamil seharusnya mendapat minimal 400µg folat perhari (Saifuddin, 2010).
- 5) Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RS Kasih Ibu Surakarta ada pengaruh senam hamil pada ibu hamil trimester III terhadap perubahan Hb (Wahyuni, Nida, 2010).
- 6) Ibu hamil yang menderita anemia menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) disebabkan karena jaranginya mengonsumsi sumber pangan protein hewani. Protein hewani termasuk jenis besi heme, sedangkan protein nabati termasuk sumber zat besi jenis nonheme. Jenis besi heme diserap sedikitnya dua hingga tiga kali lebih banyak daripada zat besi nonheme. Meskipun besi nonheme mempunyai daya keterserapan yang lebih rendah rendah, tetapi bila dikonsumsi secara bersamaan dengan besi heme dapat meningkatkan penyerapan besi nonheme (Almatsier, 2011). Makanlah daging, unggas, dan ikan. Zat besi yang terkandung dalam bahan makanan ini lebih mudah diserap dan digunakan dibanding zat besi dalam bahan makanan lain (Varney, 2007).

7) Minumlah zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan. Hindari mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal) (Varney, 2007). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) bahwa terdapat hubungan antara konsumsi zat penghambat Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil.

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Saifuddin, 2010).

b. Fase dalam Persalinan

1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif (Saifuddin, 2010).

2) Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada

kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul. Saat kontraksi berlangsung, wanita menegang atau mengejan dengan seluruh kekuatan sehingga wajahnya memerah dan pembuluh darah di lehernya mengalami distensi. Akibat pengerahan tenaga ini, ia akan berkeringat dengan sangat banyak. Selama kala ini wanita mengerahkan seluruh tenaganya untuk melahirkan bayi dan tidak jarang terjadi kelelahan pada ibu (Reeder, 2011).

Kelelahan ibu (*distress maternal*) harus dicegah karena memburuknya kondisi wanita akan membahayakan kondisi ibu dan janin yang belum lahir. Mempertahankan nutrisi dan hidrasi dari awal persalinan dan segera mencari bantuan dokter jika persalinan tidak mengalami kemajuan seharusnya dapat mencegah kelelahan ibu. Tanda dan gejala kelelahan ibu adalah merasa lemah, denyut nadi dan suhu meningkat, serta tampak pucat (Varney, Kriebs, dan Gregor, 2007).

3) Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Segera setelah lahir, mulai berlangsung pelepasan plasenta, karena sifat retraksi otot uterus. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan melihat tanda-tanda: uterus dapat dirasakan berbentuk globular yang keras, uterus terdorong di atas karena plasenta

dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah (Manuaba, 2012).

4) Kala IV

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, tekanan darah, nadi, pernafasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan (Saifuddin, 2010).

c. Robekan Vagina dan Perineum

Terdapat 4 tingkat robekan vagina dan perineum yaitu:

- 1) Tingkat 1 mengenai mukosa vagina dan jaringan ikat dan tidak perlu dijahit.
- 2) Tingkat 2 mengenai mukosa vagina, jaringan ikat dan otot dibawahnya. Robekan tingkat 2 dijahit dengan benang yang dapat diserap untuk menutup robekan yaitu poliglikonik atau cut gut. Memberikan anestesi lokal merupakan penerapan asuhan sayang ibu. Berikan 10 ml lidokain 0,5% di bawah mukosa vagina, kulit perineum, dan otot-otot perineum. Aspirasi sebelum memberikan lidokain, bila masuk pembuluh darah dapat menyebabkan kejang dan kematian. Setelah anestesi bekerja, lakukan penjahitan

mukosa, otot, dan kulit dengan teknik yang sesuai dengan kondisi pasien.

- 3) Tingkat 3 mengenai otot sfingter ani. Harus dilakukan oleh penolong yang berkompeten bila tidak mampu segera rujuk.
- 4) Tingkat 4 mengenai mukosa rektum. Harus dilakukan oleh penolong yang berkompeten bila tidak mampu segera rujuk (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

d. Persalinan dengan Vakum Ekstraksi

Persalinan dengan vakum ekstraksi adalah persalinan buatan dimana janin dilahirkan dengan alat ekstraksi tekanan negatif yang ditemukan oleh Malmstrom. Pada ekstraksi vakum perlu diperhatikan hal berikut: operasi ekstraksi vakum dilaksanakan pada posisi oksiput (di depan dan di bawah simphisis), posisi oksiput miring ke kanan/kiri dengan sudut $<90^{\circ}$, dan diharapkan dapat dilahirkan pervagina (Manuaba, 2012). Tindakan ini dapat dilakukan atas indikasi ibu yang kelelahan tetapi masih mempunyai kekuatan untuk mengejan, toksemia gravidarum, partus macet pada kala II, ruptur uteri yang mengancam, dan gawat janin (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

a) Komplikasi operasi ekstraksi vakum menurut Manuaba:

- 1) Komplikasi pada bayi diantaranya kaput suksedaneum yang besar, sefalhematoma, perdarahan atau edema intrakranial, trauma langsung pada bagian janin tempat cup vakum seperti eksoriasi, infeksi postpartum.

- 2) Komplikasi pada ibu yaitu trauma persalinan (robekan serviks yang terjepit, robekan vagina, robekan perineum yang lebih luas), infeksi, dan perdarahan.

4. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2010).

- ##### b. Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 (Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan, 2015)

Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan

antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

c. Anemia pada Masa Nifas

Menurut Fraser dan Cooper (2009), ibu nifas tidak anemia jika kadar hemoglobin $>11,0$ gr%. Transfusi darah perlu diberikan jika Hb

<9,0 gr%, jika kadar Hb <11,0 gr% diberikan saran mengenai diet yang tepat dan zat besi. Menurut IBI (2006), waktu terbaik untuk melakukan pemeriksaan kadar Hb ibu nifas adalah 3-5 hari pascasalin karena bila pemeriksaan Hb dilakukan terlalu cepat setelah persalinan dapat memberi gambaran tinggi yang semu. Ibu nifas yang perlu di periksa kadar Hb yaitu riwayat kehamilan dengan anemia, menderita infeksi, mengalami perdarahan sebelumnya, dan melahirkan anak kembar. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supiati dan Yulaikah (2015), konsumsi telur rebus pada ibu nifas selain mempercepat penyembuhan luka perineum, juga dapat meningkatkan kadar Hb rata-rata 2 gr%.

d. Perawatan Perineum Masa Nifas

Ibu nifas harus mengusahakan daerah perineum tetap bersih dan kering. Pembersihan vagina dilakukan dari arah depan ke belakang untuk mencegah penyebaran infeksi dari anus ke vagina. Cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti pembalut atau menyentuh daerah kelamin. Ibu dapat menggunakan kertas toilet untuk mengeringkan vagina dengan gerakan menepuk. Ganti pembalut secara teratur dan letakkan dengan pas supaya tidak menggesek dan menyebabkan iritasi pada daerah kelamin. Ganti celana dalam setelah mandi atau setiap kali basah. Tindakan perawatan perineum dan episiotomi yaitu menekan dengan lembut jahitan luka episiotomi dengan kasa yang dibubuhi cairan antiseptik (Juraida dan Nurmailis Noor, 2013).

5. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Menurut Departemen Kesehatan RI (2005) dalam Marmi (2012) menyebutkan bahwa Bayi Baru Lahir Normal adalah bayi yang lahir yaitu dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram.

b. Ciri – Ciri Bayi Normal

Menurut Marmi (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri – ciri sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500 - 4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48 - 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut keapal biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia :

Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora

Laki – laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada

- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Kaput Suksedaneum

Kaput suksedaneum merupakan pembengkakan berupa edema yang terbentuk pada bagian kepala janin. Pembentukan beberapa milimeter kaput bukanlah hal yang abnormal. Kaput paling sering ditemui pada bayi baru lahir pada persalinan dengan tindakan operatif seperti vakum ekstraksi, hal ini tidak memerlukan terapi dan akan menghilang dalam 3-5 hari (Buku Saku Pelayanan Neonatal Essensial, 2012).

d. Standar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Menurut Mulati, Sari, dan Muchtar (2012), kunjungan neonatus meliputi:

- 1) Kunjungan Neonatal 1 (KN 1) dilakukan pada usia 6 jam-3 hari

Asuhan yang diberikan yaitu injeksi vitamin K1 dan imunisasi hepatitis B (jika belum disuntik pada saat kelahiran), penilaian usia bayi (cukup bulan), berat badan dan panjang badan bayi (jika belum dilakukan), menanyakan terakhir bayi disusui, dukungan ASI eksklusif, memastikan ada/tidak komplikasi pada bayi (asfiksia, kelaianan congenital, trauma lahir), memeriksa tanda bahaya,

memastikan bayi sudah BAK dan BAB, perawatan tali pusat dan KIE perawatan tali pusat pada ibu, dan menganjurkan keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

2) Kunjungan neonatal 2 (KN 2) dilakukan pada usia 4-7 hari

Asuhan yang diberikan yaitu injeksi imunisasi hepatitis B (jika belum disuntik pada saat kelahiran), memastikan bayi cukup tidur, dukungan ASI eksklusif, memastikan neonatus hanya mendapat ASI saja, perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik, jika ditemukan tanda bahaya maka segera melakukan rujukan, memastikan neonatus BAK dan BAB lancar, dan menganjurkan keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

3) Kunjungan neonatal 3 (KN 3) dilakukan pada usia 8-14 hari

Asuhan yang diberikan yaitu memastikan bayi cukup tidur, dukungan ASI eksklusif, memastikan neonatus hanya mendapat ASI saja, perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik, jika ditemukan tanda bahaya maka segera melakukan rujukan, memastikan neonatus BAK dan BAB lancar, dan memfasilitasi keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

6. Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

a. Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Efektifitas metode ini termasuk tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan) (Saifuddin, 2010).

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa beberapa catatan dari Konsensus Bellagio (1998) untuk mencapai keefektifan 98% pada Metode Amenorea Laktasi (MAL) antara lain:

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh.
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pascapersalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).
- 3) Bayi menghisap secara langsung.
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi.
- 6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- 7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
- 8) Hindari jarak menyusui lebih dari empat jam.

b. Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan

sangat efektif (Wiknjosastro, 2005). Efektivitas kontrasepsi suntik cukup tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang ditentukan (Saifuddin, 2010).

c. Pil Progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang) (Wiknjosastro, dkk., 2006). Keefektifan pil progestin (minipills) bergantung pada kemauan klien menaati dengan ketat program minum pil pada waktu yang sama setiap hari mengingat kadar progestin serum untuk pil akan hilang dalam 24 jam (Varney, 2007).

1) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) menyebutkan bahwa cara kerja pil progestin (minipills) antara lain menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma dan mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

2) Efektivitas

Keefektifan pil progestin (minipills) bergantung pada kemauan klien menaati dengan ketat program minum pil pada waktu yang

sama setiap hari mengingat kadar progesterin serum untuk pil akan hilang dalam 24 jam (Varney, 2007).

3) Indikasi

Menurut Affandi (2012) yang dapat menggunakan pil progesterin (minipills) antara lain :

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- d) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- e) Pascakeguguran.
- f) Perokok segala usia.
- g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama kurang dari 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

4) Kontraindikasi

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa yang tidak dapat menggunakan pil progesterin (minipills) antara lain hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate), kanker payudara atau riwayat

kanker payudara, sering lupa menggunakan pil, miom uterus, dan riwayat stroke.

5) Efek samping

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa efek samping dan penanganan penggunaan pil progestin (minipills) antara lain amenorea dan perdarahan tidak teratur (spotting).

d. Implan

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (Affandi, 2012). Metode ini termasuk efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) (Saifuddin 2010).

e. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang serta efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja AKDR antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu. AKDR dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan (Affandi, 2012).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/MENKES/SK/HI/2007, asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan 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.

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.

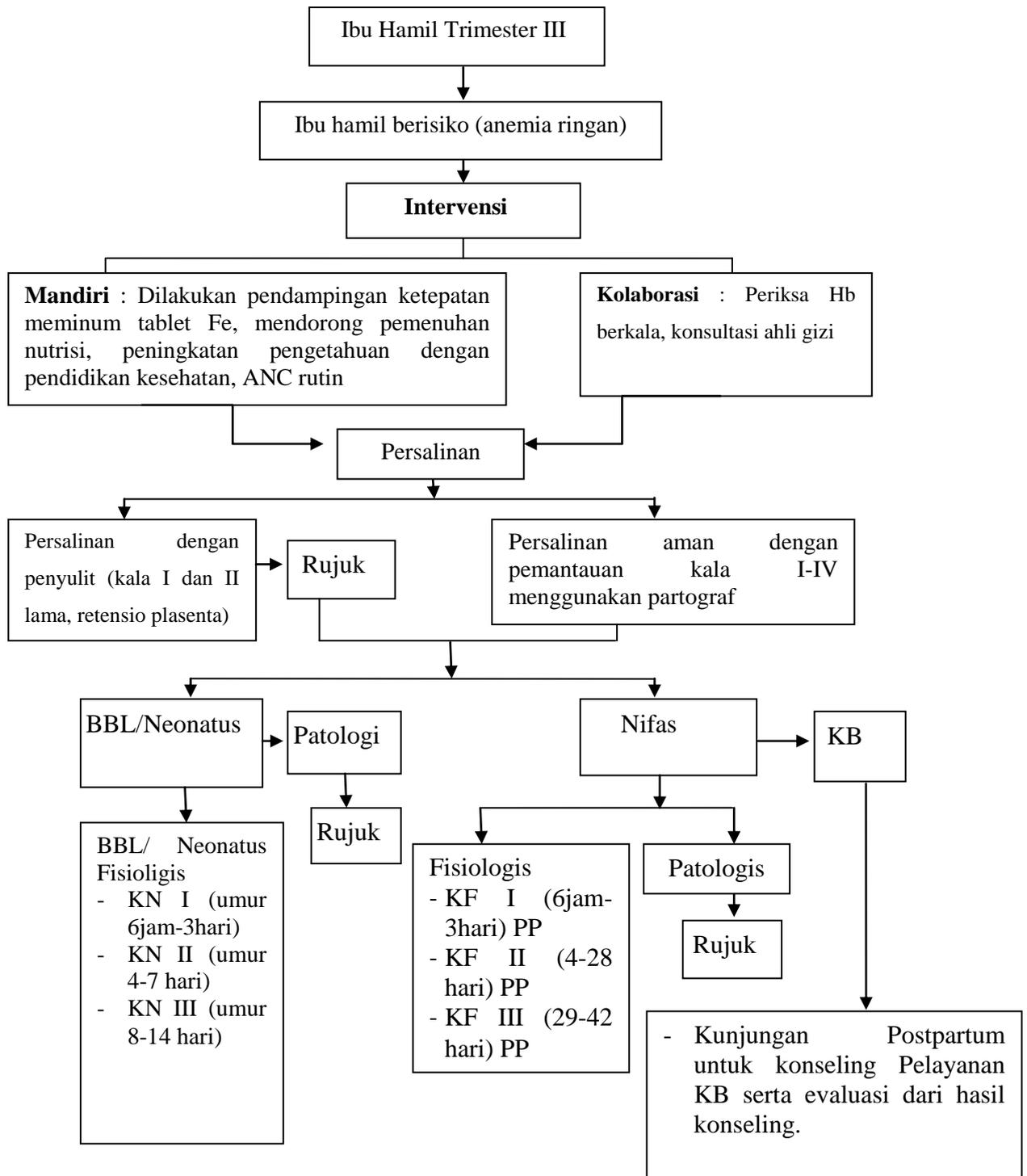
- a. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak (Kepmenkes No 369 Tahun 2007).

3. Standar Asuhan Kebidanan

- b. 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.
- c. 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.
- d. Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- e. 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.
- f. Kompetensi ke-5: Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan mneyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- g. Kompetensi ke-6: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

- h. Kompetensi ke-7: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
- i. Kompetensi ke-8: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- j. Kompetensi ke-9: Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi (Kepmenkes No 369 Tahun 2007).

C. Flow Chart Asuhan Berkesinambungan



Gambar 2. Flowchart Asuhan Berkesinambungan Modifikasi dari Pedoman ANC Terpadu (2010) dan Panduan Pelayanan Persalinan dan Nifas Normal (2015)