

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Periode antepartum dibagi menjadi tiga semester, yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut perhitungan kalender (Varney, *et al.*, 2006).

2. Adaptasi Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Pada kehamilan trimester III terjadi beberapa perubahan fisiologis, yaitu perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga segmen bawah rahim lebih tipis dan lebar, serta lebih tampak lingkaran retraksi fisiologi dinding uterus. Kepala janin turun ke pintu atas panggul sehingga menyebabkan sering kencing karena menekan *vesica urinaria* (Varney, *et al.*, 2006).

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia kehamilan	Dalam cm	Tinggi fundus uteri
12 minggu	-	3 jari di atas simpisis
16 minggu	-	Pertengahan antara simpisis dan pusat
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	3 jari di bawah pusat
22 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	Sepusat
28 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	3 jari di atas pusat
34 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	Pertengahan pusat dengan PX

Usia kehamilan	Dalam cm	Tinggi fundus uteri
36 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	Setinggi PX
40 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	3 jari di bawah PX

Sumber: Saifuddin, dkk., 2009

3. Adaptasi Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan, wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Penurunan hasrat seksual karena abdomen semakin besar. Perlu alternatif cara untuk membuat nyaman ketika berhubungan seksual (Varney, *et al.*, 2006).

Pada hasil penelitian Owel M.K, *et al.*, (2015) menyebutkan bahwa olahraga selama sebelum hamil yang dilakukan 3-5 kali dalam seminggu menurunkan angka kesakitan pada pelvis sebesar 14%. Olahraga seperti lari, jogging, aerobik, dan permainan bola. Selain itu, hasil penelitian lain juga menyatakan bahwa Ibu hamil yang berolahraga 1-2 atau 3-5 kali dalam seminggu pada umur kehamilan ke-17 sampai dengan ke-30 minggu memiliki potensi bayi lahir cukup bulan (Owe, K, *et al*, 2012).

Faktor psikososial telah dikenal sebagai pengaruh langsung pada hasil akhir kehamilan (misal, hubungan antara stres, berat badan lahir rendah, dan kelahiran preterm) dan pengaruh tidak langsung pada pengalaman wanita selama kehamilan (misal, hubungan antara kemiskinan dan akses untuk mendapatkan perawatan prenatal) (Walsh, 2007).

Pada trimester tiga ini, sejumlah ketakutan muncul. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri,

seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya mengalami cedera akibat tendangan bayi (Varney, *et al.*, 2006).

4. Aspek Sosial Ekonomi pada Kehamilan

Kondisi sosial meliputi kedudukan sosial, situasi ekonomi dan pengalaman yang berbeda lainnya tentang wilayah, budaya, sosial, warisan, dan kelompok kebudayaan. Perilaku sosial meliputi kebiasaan makan, nilai tentang wanita, keluarga, dan melahirkan anak: perilaku sehat yang positif seperti pendidikan, dan perilaku kesehatan yang negatif seperti merokok, penggunaan obat-obatan dan kekerasan terhadap wanita (Faden, Hanna, Graubard, 1997; Parker, 1999; Richardson dan Guttmacher, 1967 dalam Walsh, 2007).

Ibu hamil dengan faktor sosial seperti paparan zat kimia, kebiasaan ibu, bahaya kerja, faktor psikososial, status sosial ekonomi, perbedaan ras, stres kronis, dan infeksi dapat mempengaruhi hasil kehamilan. Hasil ini termasuk aborsi spontan, kelahiran prematur, perubahan dalam perkembangan janin, dan kesehatan jangka panjang dari keturunan (Weck R.L., *et al.*, 2008).

Pada hasil penelitian Morrison J., *et al.*, (2008) menyebutkan bahwa status sosial ekonomi rendah memiliki dampak pada hasil kehamilan. Hal ini berkaitan dengan usia, paritas, merokok dan konsumsi alkohol.

Rendahnya status sosial ekonomi dianggap sebagai faktor utama terkait risiko sesuai karakteristik fisik ibu dan gaya hidupnya. Perempuan dengan status sosial ekonomi rendah cenderung terlibat dalam tingkat yang lebih tinggi dari perilaku hidup tidak sehat. Perilaku dan keadaan yang menyebabkan kelanjutan mereka harus terus menjadi fokus perhatian kebidanan.

Tingkat ekonomi seorang individu berpengaruh terhadap asupan nutrisi. Hal ini juga berdampak pada janin yang dikandung. Beberapa upaya yang dapat dilakukan bidan untuk meningkatkan gizi adalah memanfaatkan lahan sempit untuk penanaman sayuran dengan menggunakan *polibak*, pemberian makanan tambahan dan KIE Gizi, monitoring konsumsi gizi.

5. Aspek Lingkungan Perokok

Salah satu perilaku kesehatan yang negatif adalah merokok. Saat ini merokok masih menjadi masalah kesehatan utama. Wanita perokok memiliki peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler dan pernapasan juga mengalami menopause usia dini. Merokok sebelum dan selama kehamilan meningkatkan risiko aborsi spontan dan plasenta abnormal (termasuk abrupsi dan plasenta previa). Selama kehamilan nikotin, karbon monoksida dan berbagai komponen rokok lain mempengaruhi sirkulasi Ibu dan menyebabkan kontriksi pembuluh darah uteri dan plasenta. Khususnya, karbon monoksida mengurangi oksigen yang dibawa ke janin dan dapat mengakibatkan restriksi pertumbuhan (Varney, *et al.*, 2006).

Merokok selama kehamilan sangat dikaitkan dengan berat badan lahir rendah, menurunkan lama waktu melahirkan dan persalinan prematur. Paparan asap rokok, baik secara aktif maupun pasif, telah dihubungkan dengan terhambatnya pertumbuhan janin intrauterin. Untuk itu diperlukan perawatan preventif untuk semua wanita, harus menghindari rokok dan asap rokok (perokok pasif) (Varney, *et al.*, 2006).

Hal ini diperjelas dalam penelitian yang menyebutkan bahwa Ibu yang merokok selama kehamilan telah dikaitkan dengan beberapa hasil kejiwaan pada keturunannya, dari hasil menganalisis semua anak yang lahir di Swedia antara tahun 1983 dan 2009 untuk menyelidiki efek dari ibu perokok, pada beberapa indikator hasil yang merugikan dalam tiga bidang: hasil kehamilan (berat lahir, kelahiran prematur dan lahir kecil untuk usia kehamilan), kemampuan kognitif jangka panjang (prestasi rendah akademik dan kemampuan kognitif umum) dan eksternalisasi perilaku (hukuman pidana, hukuman pidana kekerasan dan penyalahgunaan narkoba) (Halkola, R.K., 2014).

Perokok pasif menghirup asap arus samping dan arus utama dari aliran rokok yang dihisap perokok aktif. Asap arus samping lebih banyak dari arus utama dan mengandung lebih banyak bahan berbahaya karena tanpa melalui penyaringan. Asap rokok arus samping yang terhisap oleh perokok pasif mengandung bahan kimia lebih banyak dari pada arus utama. Kadarnya yang dilepaskan ke lingkungan lebih banyak dari pada yang dihisap oleh perokok (Rufaridah, 2012).

Menurut Sukendro (2007) karbonmonoksida merupakan gas beracun yang tidak berwarna. Kandungannya di dalam asap rokok 2-6%. Karbon monoksida mempunyai daya pengikat (afinitas) dengan hemoglobin sekitar 200 kali lebih kuat dari pada daya ikat oksigen dengan Hemoglobin. Hemoglobin dapat terisi oleh karbon monoksida, akibatnya sel darah merah akan kekurangan oksigen yang akhirnya sel tubuh akan kekurangan oksigen. Pengurangan oksigen dalam jangka waktu yang panjang akan mengakibatkan pembuluh darah akan terganggu karena menyempit. Hal ini akan mengakibatkan kematian sel karena kekurangan oksigen (Rufaridah, 2012). Upaya-upaya yang dapat dilakukan bidan dalam meminimalkan risiko lingkungan tidak sehat (bahaya merokok) yaitu dengan cara memberi pengetahuan kepada suami dan keluarga untuk tidak merokok dekat ibu dan bayi, mengingatkan risiko yang mungkin terjadi pada bayinya, membatasi merokok saat bersama ibu dan bayi, dan merokok di luar ruangan.

6. Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Prinsip pertama Gizi Seimbang yaitu mengonsumsi aneka ragam pangan secara seimbang jumlah dan proporsinya tetap diterapkan. Bila makanan ibu sehari-hari tidak cukup mengandung zat gizi yang dibutuhkan, seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori; zat besi dari simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi, maka janin atau bayi akan mengambil persediaan yang ada di dalam tubuh ibu. Demikian juga beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan di dalam tubuh seperti vitamin C dan

vitamin B yang banyak terdapat di dalam sayuran dan buah-buahan. Sehubungan hal tersebut, ibu harus mempunyai status gizi yang baik sebelum hamil dan mengonsumsi anekaragam pangan, baik proporsi maupun jumlahnya (Varney, *et al.*, 2006).

Dengan memasaknya, bahan makanan menjadi lebih mudah dicerna dan zat-zat makanan tersedia untuk diserap dan dipergunakan oleh tubuh. tetapi mengolah dan memasak bahan makanan dapat pula menyebabkan kehilangan sebagian dari zat-zat gizi, terutama vitamin-vitamin. Beberapa jenis vitamin mudah larut di dalam air pencuci, sehingga teruang dan beberapa lagi dapat rusak oleh pemanasan dan penyinaran matahari. Penanganan ketika memasak bahan makanan terdiri atas membuang bagian yang tidak dapat dimakan, memotong-motong dan mencucinya, sebelum dilakukan pemasakan yang sebenarnya untuk membuat hidangan. Bagian yang tidak dapat dimakan misalnya bagian kulit dan biji-bijian tertentu: bonggol jagung juga termasuk bagian yang tidak dapat dimakan. Cara penanganan bahan makanan yang tidak benar akan lebih banyak menyebabkan zat-zat makanan terbuang percuma.

7. Anemia dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan merupakan kondisi dimana kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr% pada trimester II. Perbedaan nilai batas tersebut dihubungkan dengan kejadian hemodilusi (Saifuddin, 2009).

Tabel 2.2 Kategori Anemia

Hasil Pemeriksaan	Kategori Anemia
Hb 11g%	Tidak anemia
Hb 9-10 g%	Anemia ringan
Hb 7-8 g%	Anemia sedang
Hb <7 g%	Anemia berat

Sumber: Manuaba, 2010

Menurut Varney, *et al.*, (2006) tanda klinis terjadinya anemia meliputi: letih, sering mengantuk, pusing, lemah, nyeri kepala, luka pada lidah, kulit pucat, membran mukosa pucat (misal, konjungtiva), bantalan kuku pucat, tidak ada nafsu makan, mual dan muntah.

Faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil:

1) Tingkat Pendidikan

Informasi yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan tubuh akan zat gizi dan kemampuan untuk menerapkan pengetahuan gizi ke dalam pemilihan pangan serta cara pemanfaatannya yang benar dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, *et al.*, 2010).

2) Status Ekonomi

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

3) Pola Konsumsi Fe (Tablet tambah darah/TTD)

Pada trimester II dan III faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya anemia kehamilan adalah konsumsi zat besi. Hal ini disebabkan kebutuhan zat besi pada masa ini lebih besar dibandingkan trimester I

dan menunjukkan pentingnya pemberian zat besi untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Saifuddin, 2009).

4) Kepatuhan Mengonsumsi Zat Besi

Tidak semua ibu hamil yang mendapatkan zat besi meminumnya secara rutin, ini dapat menyebabkan ibu hamil kekurangan besi. Mengonsumsi zat besi dapat menimbulkan efek samping mengganggu sehingga orang cenderung menolak tablet zat besi yang diberikan (Arisman, 2010).

5) Konsumsi Zat besi Bersamaan dengan Kalsium

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

6) Konsumsi sumber pangan protein hewani dan nabati

Ibu hamil yang menderita anemia menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) disebabkan karena jarang 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, tetapi bila dikonsumsi secara bersamaan dengan besi heme dapat meningkatkan penyerapan besi nonheme (Almatsier, 2011). Protein hewani dapat ditemukan dalam daging, unggas, ikan, kerang, telur, dan produk susu dan olahannya.

Protein nabati dapat ditemukan dalam tempe, oncom, dan kacang (Bobak, 2005).

7) Konsumsi sayuran

Ibu hamil yang menderita anemia disebabkan karena jarangya mengonsumsi sayuran hijau (Laba, Jafar, dan Virani, 2013). Sayuran termasuk sumber zat besi nonheme (Almatsier, 2011). Hal ini disebabkan karena sayuran hijau dapat meningkatkan produksi sel darah merah (Gibney, et al, 2008).

8) Konsumsi buah-buahan

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).

Menurut Manuaba, *et al.*, (2010) anemia pada kehamilan memberi pengaruh terhadap kehamilan itu sendiri maupun terhadap janin.

1) Pengaruh anemia terhadap Ibu

Bahaya yang terjadi selama kehamilan, yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi.

Bahaya yang dapat terjadi saat persalinan, yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala satu dapat berlangsung lama, terjadi partus

terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan *postpartum*, karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan *postpartum* sekunder dan atonia uteri.

Bahaya yang dapat terjadi saat nifas, yaitu dapat menyebabkan subinvolutio uteri yang menimbulkan perdarahan *postpartum*, menimbulkan infeksi *puerperium*, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas dan mudah terjadi infeksi payudara.

2) Pengaruh anemia terhadap janin

Anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian *intrauterin*, kelahiran *prematum*, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapatkan infeksi sampai kematian perinatal dan intelegensia rendah.

8. Penanganan Anemia dalam Kehamilan

Penanganan anemia dalam kehamilan, di antaranya:

- 1) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakah kemungkinan *pica*, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat (Robson, 2011).

- 2) Memberikan *Ferrous fumarate* 325 mg 2x1 sehari. Tablet Fe dikonsumsi pada malam hari atau ketika lambung kosong untuk meningkatkan penyerapan. Hemaform mengandung *Ferrous fumarate* (Varney, *et al.*, 2006). Kebutuhan Fe ibu hamil trimester II dan III lebih besar dibandingkan trimester I dan menunjukkan pentingnya pemberian tablet besi (Fe) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Winkjosastro, 2010). Dosis oral untuk anemia defisiensi besi harusnya 100-200 mg besi elementer per hari (BCSH Secretary, 2011).
- 3) Memberikan konseling tentang pengaturan diet karena zat besi lebih mudah diserap dari bahan makanan dari zat besi oral dan memasak makanan tidak terlalu lama (Varney, *et al.*, 2006).
- 4) Pemberian vitamin zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet per hari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tablet zat besi ini sebaiknya tidak diminum bersama dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2009). Dalam *guidline* juga disebutkan bahwa minum Fe dianjurkan ketika perut kosong, satu jam sebelum makan dan memakai sumber vitamin C seperti jeruk untuk memaksimalkan penyerapan (BCSH Secretary, 2011).

Menurut Varney, *et al.*, (2006) beberapa upaya untuk meningkatkan penyerapan zat besi dengan cara minum zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan, hindari mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal), minum vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C), masak makanan dalam

jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin, makan daging unggas, dan ikan. Pengulangan pemeriksaan Hb disarankan 2 minggu setelah mulai perawatan anemia, untuk mengakses pemenuhan, mengoreksi respon dari perawatan anemia. Konsentrasi Hb untuk mencapai normal harus dilanjutkan selama tiga bulan atau sampai minimal 6 minggu *postpartum*.

9. Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Varney, *et al.*, (2006) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain:

- 1) Peningkatan frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.
- 2) Dispareunia disebabkan oleh abdomen yang membesar atau saat bagian presentasi mengalami penurunan ke dalam panggul. Faktor-faktor psikologis dapat menyebabkan dispareunia karena pemahaman yang salah dan kekhawatiran akan menyakiti bayi.
- 3) Insomnia, baik pada wanita yang mengandung maupun tidak, dapat disebabkan oleh sejumlah penyebab, seperti kekhawatiran, kecemasan, terlalu bergembira menyambut suatu acara untuk keesokan hari. Wanita hamil, bagaimanapun, memiliki tambahan alasan fisik sebagai penyebab insomnia. Hal ini meliputi ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif (Varney, *et al.*, 2006).

4) His Palsu (*Braxton Hicks*) yakni peregangan sel-sel otot uterus, kontraksi ini tidak seirama, sporadis dan menimbulkan nyeri. Kontraksi ini akan mengalami peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas, dan mulai mencapai ritme dan keteraturan mendekati persalinan. Kontraksi *braxton hicks* merupakan biang keladi pada persalinan palsu (Varney, *et al.*, 2006).

B. TEORI DASAR PERSALINAN

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Winkjosastro, 2010).

2. Tanda-tanda Persalinan

- a. Perubahan serviks saat mendekati persalinan, serviks akan melunak dan sedikit mengalami penipisan (*effacement*) dan kemungkinan adanya pembukaan atau sedikit (Varney, *et al.*, 2007). Semakin tua usia kehamilan maka reseptor untuk oksitosin internal makin meningkat dan reseptor oksitosin khususnya dominan pada fundus dan korpus uteri sehingga kontraksi *braxton hicks* makin meningkat seiring makin tuanya kehamilan (Manuaba, *et al.*, 2007).
- b. Persalinan Palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri yang memberikan pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi yang

sebenarnya pada persalinan palsu timbul karena adanya kontraksi *braxton hicks*. Hal ini dapat terjadi tiga sampai empat minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat (Varney, *et al.*, 2007).

- c. Ketuban Pecah, pada kondisi normal ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. Air ketuban bersifat sebagai desinfektan sehingga dapat menetralkan atau membersihkan jalan lahir dari bakteri, air ketuban melicinkan jalan lahir sehingga dapat mempercepat proses persalinan, pecahnya ketuban ini mengakibatkan bagian terendah janin akan menekan serviks sehingga mempercepat pembukaan, bagian terendah akan merangsang *pleksus frankenhauser* yang terletak pada pertemuan kedua ligamentum sakrouterinum sehingga menimbulkan refleksi mengejan (Manuaba, *et al.*, 2007).
- d. *Bloody Show*, paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni dan terkadang plak ini dikeluarkan dalam bentuk massa. *Bloody show* akan muncul biasanya dalam 24 hingga 48 jam sebelum persalinan (Varney, *et al.*, 2007).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Bobak (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah:

- a. Jalan lahir merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin

dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal.

- b. Kekuatan power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan relaksasi otot-otot rahim.
- c. Faktor yang berpengaruh dalam persalinan adalah janin (tulang tengkorak, ukuran kepala) dan postur janin dalam rahim (sikap/habitus dan letak janin).
- d. Psikologi perasaan positif berupa kelegaan hati, saat ini Ibu memerlukan dukungan orang terdekat, pengalaman bayi sebelumnya, melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.

4. Tahap-tahap Persalinan

a. Kala Satu

Persalinan dinyatakan dimulai apabila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah (*bloody show*). Lendir ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar, sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Menurut Wiknjastro (2010) proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yakni:

- 1) Fase Laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- 2) Fase Aktif ada tiga: fase Akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 ke 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Pada multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan tetapi belum ada pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan (Manuaba, *et al.*, 2010).

b. Kala Dua

Kala dua persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi (Varney, *et al.*, 2007). Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Winkjosastro, 2010).

c. Kala Tiga

Partus kala III atau kala uri dimulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap. Kala III persalinan berlangsung rata-rata 5 sampai 10 menit. Resiko perdarahan pada kala III ini meningkat apabila lebih lama dari 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu tetesan atau

pancaran kecil darah yang mendadak, pemanjangan tali pusat yang terlihat pada introitus vagina, perubahan bentuk uterus dari diskoid ke bentuk globular sewaktu uterus sedang berkontraksi dengan sendirinya, dan perubahan posisi uterus: uterus meninggi di dalam abdomen karena bagian terbesar plasenta dalam segmen bawah uterus atau ruang vagina atas mendesak uterus ke atas (Varney, *et al.*, 2007).

d. Kala Empat

Kala IV disebut juga sebagai kala pengawasan. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Selama kala IV yang harus dilakukan adalah mengevaluasi kontraktilitas uterus dan perdarahan; inspeksi serviks, vagina, dan perineum; inspeksi dan evaluasi plasenta, tali, dan pusat; pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi; evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan (Varney, *et al.*, 2007).

Pemantauan kesejahteraan fisiologis, selama satu jam pertama setelah kelahiran, tanda-tanda vital ibu, uterus, lochia, perineum, dan kandung kemih dipantau dan dievaluasi secara teratur. Pemantauan tekanan darah, nadi dan pernafasan dimulai segera setelah kelahiran plasenta dan dilanjutkan setiap 15 menit sampai tanda-tanda vital stabil pada level sebelum persalinan. Sebagai tambahan, suhu diukur paling tidak sekali selama periode ini. kemudian dilakukan juga pengecekan kontraksi uterus dan lochia, serta kandung kemih (Varney, *et al.*, 2007).

Laserasi derajat dua adalah laserasi yang melibatkan mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot-otot perineum. Perbaikan laserasi derajat dua menggunakan urutan jahit benang catgut kromik. Catgut kromik adalah benang catgut yang telah dikombinasi dengan garam-garaman krom. Fungsinya garam-garam krom ialah menunda proses proteolisis yang menyebabkan catgut diabsorpsi, sehingga memperpanjang waktu agar benang dapat dipertahankan dalam jaringan bersama-sama selama proses penyembuhan.

5. Perubahan Fisiologis Masa Persalinan

a. Tanda-tanda vital

Menurut Varney, *et al.*, (2007) perubahan pada tanda vital yaitu: Tekanan darah, nadi (frekuensi jantung), pernafasan, dan suhu.

b. Perubahan pada serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pelebaran os serviks eksternal dari muara dengan diameter berukuran beberapa millimeter menjadi lebih besar dan cukup untuk dilewati bayi. Pembukaan terjadi selain karena kontraksi sebagai daya dorong utama juga difasilitasi oleh gaya hidrostatis cairan amnion dibawah pengaruh kontraksi (Varney, *et al.*, 2007).

6. Perubahan Psikologis Masa Persalinan

Kondisi psikologis wanita sedang bersalin tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya,

orang terdekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan (Varney, *et al.*, 2007).

Perubahan psikologis pada ibu kala satu, rasa takut, stres, ketidaknyamanan, cemas, marah. Selain itu perubahan psikologis pada kala dua persalinan yaitu emosional distress, nyeri penurunan kemampuan mengendalikan emosi, lemah, dan takut.

C. TEORI DASAR BAYI BARU LAHIR/NEONATUS

1. Pengertian

BayiBaruLahiradalahbayi yang barulahirselasatu jam pertamakelahiran (Saifuddin, 2009). Neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 1 bulan sesudah lahir.

2. Adaptasi Fisiologis

Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi disebabkan karena:

- a) Tekanan mekanik dari toraks pada saat melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- b) Penurunan tekanan O_2 dan kenaikan tekanan CO_2 yang merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- d) Sesudah bayi lahir cairan dalam paru-paru yang hilang diganti udara kemudian paru-paru berkembang dan rongga dada kembali seperti bentuk semula (Wiknjosastro, 2006).

Bayi mulai beradaptasi terhadap perubahan suhu di luar uterus. Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi yaitu luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna dan tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas. Untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tersebut dapat dilakukan dengan pengaturan suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, disimpan di tempat tidur yang sudah dihangatkan atau dimasukkan sementara ke dalam inkubator, mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya.

3. Manajemen Bayi Baru lahir

a) Pengaturan suhu

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh bayi baru lahir dapat mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermia berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat bahkan kematian. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di ruangan hangat (Wibowo, 2010).

b) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Tali pusat dipotong setelah dua menit pasca bayi lahir. Dalam melakukan perawatan tali pusat yang terpenting adalah menjaga tali pusat

agar tetap bersih dan kering. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh tali pusat penting untuk dilakukan untuk mencegah infeksi. Puntung tali pusat tidak boleh dibungkus atau dibubuhi apapun. Mengoleskan alkohol atau *povidon iodine* masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompres karena menyebabkan tali pusat basah dan lembab. Tali pusat harus dijaga tetap bersih dan kering sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas (Wibowo, 2010).

c) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan bayi mencari dan menemukan puting. Manfaat IMD bagi bayi adalah stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi, dan mencegah infeksi nosokomial. Protokol IMD yaitu bayi dibersihkan secukupnya, tidak perlu membersihkan verniks atau cairan amnion di tangan bayi karena bau cairan amnion pada tangan akan membantu bayi menemukan puting ibu (Winkjosastro, 2010).

d) Pencegahan Perdarahan

Karena pembekuan darah pada BBL belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan. Untuk mencegah perdarahan, semua BBL apalagi BBLR diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vitamin K1 diberikan setelah IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B (Wibowo, 2010).

e) Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep tetrasiklin 1% (Wibowo, 2010).

f) Pemberian imunisasi

1) Hb0

Imunisasi hepatitis pertama (HB 0) dalam kemasan *uniject* diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan ibu-bayi (Kemenkes RI, 2010). Paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1.

2) BCG

BCG (Bacillus Calmette-Guerin) adalah strain hidup *Mycobacterium bovis* yang dilemahkan untuk menimbulkan kepekaan terhadap *M. tuberculosis*. Imunisasi BCG optimal diberikan pada umur 2 sampai 3 bulan. Dosis 0,05 ml untuk bayi kurang dari 1 tahun. Vaksin BCG diberikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas pada insersio muskulus deltoideus. Imunisasi BCG ulangan tidak dianjurkan (Satgas imunisasi IDAI, 2011).

Vaksin BCG tidak dapat mencegah infeksi tuberkulosis, namun dapat mencegah komplikasinya. Vaksin BCG merupakan vaksin

hidup, maka tidak diberikan pada pasien imunokompromis (leukimia, anak yang sedang mendapat pengobatan steroid jangka panjang, atau bayi yang telah diketahui atau dicurigai menderita infeksi HIV) (Satgas imunisasi IDAI, 2011).

Dalam PIONAS menyebutkan bahwa reaksi yang diharapkan setelah vaksinasi BCG yang berhasil adalah indurasi di tempat suntikan diikuti dengan lesi lokal yang dimulai sebagai papul 2 minggu atau lebih setelah vaksinasi, lesi dapat menjadi luka kemudian sembuh setelah beberapa minggu atau bulan, meninggalkan jaringan parut (scar) yang kecil dan rata. Scar ini sangat berguna karena dapat menunjukkan bahwa anak tersebut telah mendapat imunisasi BCG.

4. Pemeriksaan fisik BBL

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: berat badan 2500 - 4000 gram, panjang badan lahir 48 - 52 cm, lingkar dada 30 - 38 cm, lingkar kepala 33 - 35 cm, frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit, pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang, genitalia: perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek *morro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, reflek *grasp* atau menggenggam sudah baik, pola

eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Kemenkes RI, 2012).

5. Tanda Bahaya Umum Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi meliputi: tidak mau minum atau memuntahkan semua atau kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 kali/menit) atau napas lambat (≤ 30 kali/menit), tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu ketiak $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), teraba dingin (suhu ketiak $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), nanah yang banyak di mata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan dan kaki, atau perdarahan (Kemenkes RI, 2012).

6. Penanganan masalah pada bayi

Bayi yang rewel, biasanya menjadi penyebab yang sering membuat orang tua putus asa pada dua bulan pertama kehidupan bayi baru lahir adalah bayi yang rewel dan tidak dapat ditenangkan. Kadang-kadang ibu yang depresi mengeluh tentang perilaku bayi baru lahirnya padahal sebenarnya mereka berusaha menutupi depresi serius yang mereka alami. Teknik menenangkan bayi yaitu menggendong bayi, mencoba berbagai cara menggendong yang menopang abdomen, membedung bayi, berbicara kepada bayi dengan bertatapan wajah, mengeluarkan suara dengan nada rendah dan berirama, menggendong bayi sambil berjalan mengelilingi ruangan, membawa bayi keluar untuk berjalan-jalan.

7. Pola menyusui dan penambahan berat badan

Banyak kecemasan orang tua berfokus pada kenaikan berat badan dan pola menyusui bayinya dalam beberapa minggu pertama kehidupan. Selama 48 jam pertama kehidupan, bayi biasa menunjukkan minat yang sedikit untuk menyusui. Bayi harus diberikan minum ASI sekurang-kurangnya setiap 4 jam (Varney, *et al.*, 2007).

Posisi menyusui juga penting diberitahukan kepada ibu, agar bayi dapat puas saat menyusui dan tidak menimbulkan puting lecet. Biarkan bayi menyusui pada satu payudara hingga puas atau bayi melepas sendiri puting susunya (15-20 menit). Menyusui minimal 8 kali sehari semalam (24 jam). Menyusui secara *on demand*. Posisi bayi yang benar ketika menyusui adalah seluruh badan bayi tersangga dengan baik, kepala dan tubuh bayi lurus, badan bayi menghadap ke dada ibu. dan untuk ibu disarankan duduk senyaman mungkin, punggung bersandar, kaki tidak menggantung, atau boleh dengan berbaring. Tanda perlekatan menyusui baik yaitu dagu bayi menempel payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah membuka keluar, areola bagian atas tampak lebih banyak (Kemenkes RI, 2012).

Bayi baru lahir cukup bulan yang sehat dan memiliki berat badan sesuai berat badan rata-rata bayi pada usia gestasinya dapat diperkirakan mengalami peningkatan berat badan sebesar satu ons per hari dalam tiga bulan pertama. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang dari satu ons per hari. Selama 3-5 hari pertama kehidupan, bayi baru lahir kehilangan 5-10% berat badan lahirnya, dengan bayi-bayi yang disusui

mengalami penurunan berat badan yang lebih besar. Berat badan ini harus dicapai kembali pada hari ke-10 kehidupan bayi (Varney, *et al.*, 2007).

8. Standar Asuhan Neonatal

Sesuai dalam PWS KIA terdapat minimal tiga kali kunjungan yaitu:

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

D. TEORI DASAR NIFAS

1. Pengertian

Masa puerperium normal adalah waktu yang diperlukan agar organ genitalia interna ibu kembali menjadi normal secara anatomis dan fungsional yaitu sekitar 6 minggu (Manuaba, *et al.*, 2007). Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, *et al.*, 2007).

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas merupakan rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yaitu:

- 1) *Puerperium* dini

Pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium* intermedial

Pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi (Marmi, 2014).

3. Perubahan Fisiologis

Perubahan anatomi dan fisiologis dalam masa nifas ini meliputi:

a) Uterus

Involusi uterus disebabkan oleh penurunan kadar estrogen sehingga terjadi stimulus ke hipertropi dan hiperplasia uterus, kemudian terjadi iskemia menyebabkan atrofi pada serat-serat otot dan otolisis miometrium karena penurunan estrogen setelah persalinan yang menstimulasi enzim proteolitik dan makrofag untuk menurunkan dan mencerna kelebihan protein dan sitoplasma intrasel, mengakibatkan pengurangan ukuran sel secara menyeluruh (Varney, *et al.*, 2007).

b) Vagina, Vulva dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami peregangan dan penekanan sehingga keduanya menjadi kendur. Setelah minggu ketiga rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali dan labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi selama kemajuan persalinan. Robekan perineum dapat terjadi spontan atau karena episiotomi dengan indikasi tertentu.

c) Payudara

Payudara akan mengalami kongesti selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi pada bayinya. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi mulut bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial (Varney, *et al.*, 2007).

d) Pengeluaran Lokia

Menurut Visness dalam Williams Obstetri (2012) pada awal masa nifas, peluruhan jaringan desidua menyebabkan timbulnya duh vagina dalam jumlah yang beragam. Duh tersebut dinamakan lokia dan terdiri dari eritrosit, potongan jaringan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

- a) Lokia rubra: duh ini berwarna merah karena adanya darah dalam jumlah yang cukup banyak.
- b) Lokia serosa: setelah 3 atau 4 hari lokia yang berwarna merah (lochia rubra) tersebut semakin pucat.
- c) Lokia Alba: setelah kira-kira pada hari ke-10 lokia berubah warna menjadi putih atau putih kekuningan. Hal itu terjadi karena kandungan leukosit dan kandungan cairan.

4. Perubahan Psikologis

Menurut Reva Rubin dalam Bobak (2005) ada 3 fase adaptasi psikis pada masa nifas, yaitu:

a) Fase *Taking In*

Pada periode ini ketergantungan ibu sangat menonjol. Ibu mengesampingkan semua tanggung jawabnya sehari-hari dan fokus pada dirinya. Ibu sangat bergantung kepada orang lain. Fase ini berlangsung selama dua sampai tiga hari.

2) Fase *Taking Hold*

Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mudah tersinggung dan memerlukan dukungan agar percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Fase ini berlangsung 3 sampai 10 hari.

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu, dalam hal mengasuh anak, mengatur rumah tangga dan mengatur karier. Fase ini berlangsung (10 hari masa nifas).

5. Kebutuhan Dasar Nifas

a) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas identik dengan ibu menyusui yang memerlukan konsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diit seimbang dan minum minimal 3 liter setiap harinya. Ditambah konsumsi pil zat besi sampai 40 hari pasca bersalin dan minum vitamin A (200.000 unit).

Dalam penelitian Supiati, Siti Yulaikah (2015) menyimpulkan bahwa mayoritas ibu nifas yang diberikan telur rebus mengalami perubahan kadar Hb yaitu kadar Hb ibu nifas naik ≥ 11 gr % sedangkan ibu nifas yang tidak diberikan telur rebus mengalami perubahan kadar Hb tetap dan bahkan menurun.

b) Ambulasi

Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuannya adalah membantu menguatkan otot-otot perut dan menghasilkan bentuk tubuh yang baik serta mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh.

c) Eliminasi

Diuresis akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan dan kadang kesulitan buang air kecil karena nyeri, memar dan gangguan tonus otot. Penatalaksanaan defekasi diperlukan karena kerja usus yang cenderung melambat dan ibu mudah mengalami konstipasi. Faktor diet sangat penting untuk ditekankan dalam pemilihan jenis makanan yang tepat dan pemenuhan kebutuhan cairan yang cukup.

d) Kebersihan Diri/ Perineum

Lokia bersifat alkalis yaitu reaksi basa sehingga memudahkan kuman berkembangbiak daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Jaga kebersihan seluruh tubuh salah satunya membersihkan daerah genitalia dengan sabun dari depan ke belakang dilakukan setiap

kali selesai buang air besar atau buang air kecil. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari dan mencuci tangan sebelum atau sesudah membersihkan serta hindari menyentuh luka episiotomi atau laserasi (Saifuddin, 2010).

e) Istirahat

Ibu nifas disarankan istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan dan perlahan-lahan kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga. Kurang istirahat akan mempengaruhi produksi Air Susu Ibu, memperlambat proses involusi dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2010).

f) Senggama (Hubungan seksual)

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Saifuddin, 2010).

6. 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%.

7. Standar Asuhan Nifas

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

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus).
3. Pemeriksaan lochi dan pengeluaran per vagina lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
6. Pelayanan KB pascalin adalah pelayanan yang diberikan kepada Ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung setelah melahirkan (sampai dengan 42 hari setelah melahirkan).

E. KELUARGA BERENCANA (IUD)

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah memperlakukan klien dengan sopan, baik, dan ramah; memahami, menghargai, dan menerima keadaan ibu; memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami; menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari dan menyesuaikan isi KIE dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu (Handayani, 2010).

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

1) Cara kerja IUD

Menurut Affandi (2012) cara kerja IUD antara lain: menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2) Keuntungan IUD

Keuntungan IUD antara lain dapat segera efektif setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, Tidak mempengaruhi kualitas dan volume Air Susu Ibu, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat

digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), kembalinya kesuburan sangat tinggi segera setelah dilepas, tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi, metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang (Affandi, 2012).

3) Keterbatasan IUD

Keterbatasan IUD antara lain: tidak mencegah IMS termasuk *human immuno virus* (HIV) dan *aquired immuno deficiency syndrom* (AIDS), tidak baik digunakan pada perempuan dengan Infeksi Menular Seksual atau perempuan yang sering berganti pasangan, pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan IUD, sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan IUD yang biasanya menghilang dalam 1-2 hari, ada kemungkinan IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang segera setelah melahirkan), Ibu harus memeriksa posisi benang IUD(Affandi, 2012).

4) Syarat memakai IUD

Syarat yang dapat memakai IDU di antaranya: usia reproduktif, keadaan nullipara, ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, risiko rendah dari infeksi menular seksual (IMS), tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Affandi,2012).

F. TEORI KONSEP ASUHAN KEBIDANAN

1. Manajemen kebidanan menurut tujuh langkah Varney

- a. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.
- b. Mengintrepetasikan data untuk mengidentifikasi diagnosis atau masalah.
- c. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.
- d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien
- e. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.
- f. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.
- g. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikandengan mengulang kembali manajemen proses untuk asuhan yang tidak efektif.

2. Standar Asuhan Kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan no.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan pada Standar VI mengenai pencatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I: Pengkajian

- 1) Pernyataan standar: bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria pengkajian

- a) Data tepat, akurat dan lengkap.
- b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

- 1) Pernyataan standar: Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
- 2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
 - a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
 - c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. Standar III: Perencanaan

- 1) Pernyataan standar: Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
- 2) Kriteria perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.

- a) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- b) Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.
- c) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- d) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi

1) Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan 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.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan klien/pasien dalam asuhan tindakan.

- e) Menjaga privasi klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana, fasilitas yang ada dan sesuai
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. Standar V: Evaluasi

- 1) Pernyataan standar: Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
- 2) Kriteria evaluasi
 - a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - b) Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga.
 - c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
 - d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

- 1) Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
- 2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan 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 seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan (Kemenkes RI, 2007).

3. Standar kompetensi bidan

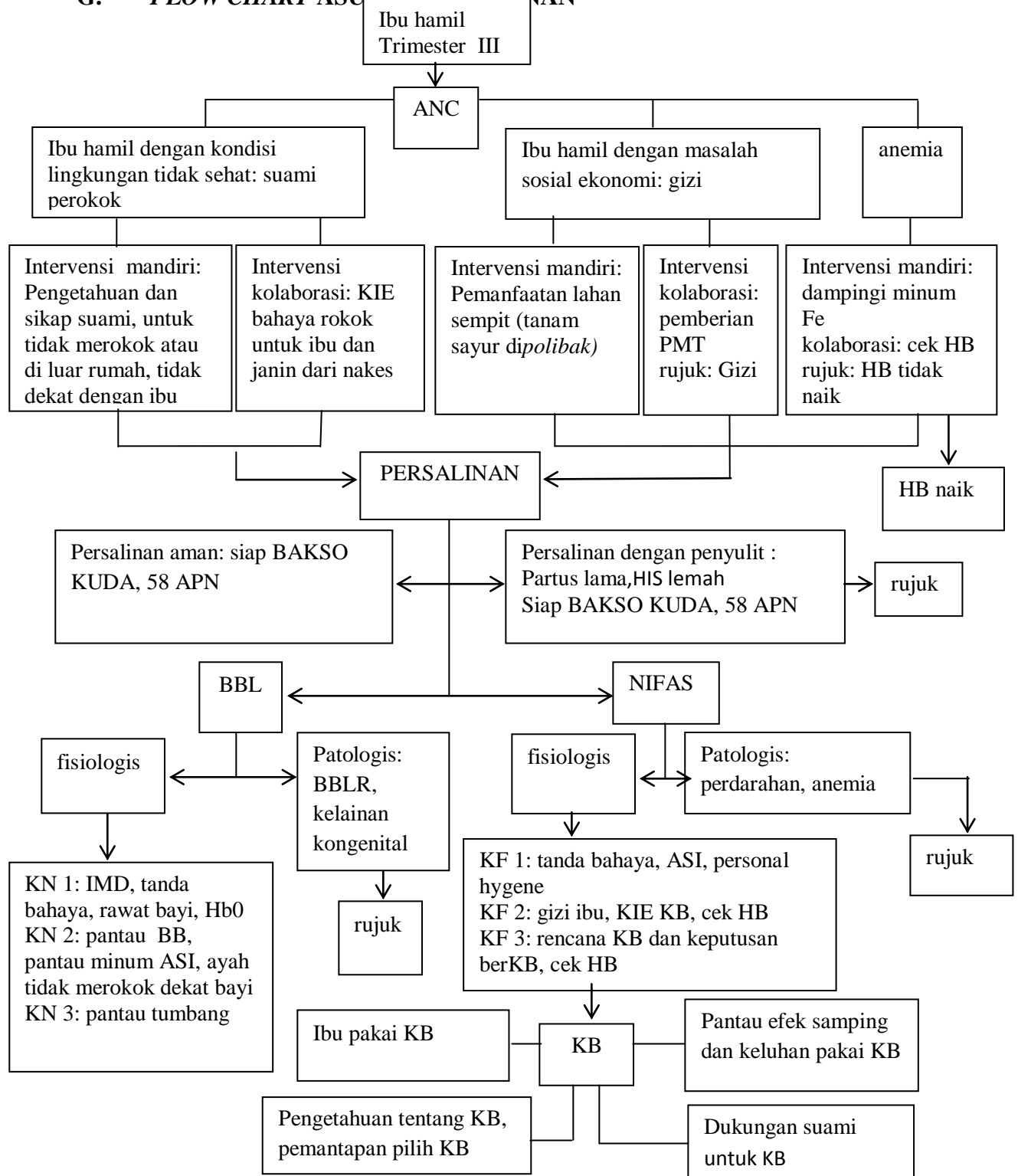
Berdasarkan Kepmenkes No. 369 tahun 2007 tentang standar kompetensi bidan:

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

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

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

G. FLOW CHART ASUHAN KEPERAWATAN



Gambar 2.1 *flow chart* asuhan kebidanan berkesinambungan
(Sumber Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2010 dengan modifikasi)