

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Klinis

1. Teori Klinis Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

b. Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester III

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 l bahkan dapat mencapai 20 l atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Tabel 2.1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

| No. | Usia Kehamilan (minggu) | Tinggi Fundus Uteri (TFU) | Tinggi Fundus Uteri (cm) |
|-----|-------------------------|---|--------------------------|
| 1 | 12 | Di atas simfisis | - |
| 2 | 16 | Pertengahan pusat dan simfisis | - |
| 3 | 20 | Di pinggir bawah pusat | - |
| 4 | 24 | Di pinggir atas pusat | - |
| 5 | 28 | 3 jari atas pusat | 25 |
| 6 | 32 | Pertengahan pusat- <i>processus xiphoideus</i> (px) | 27 |
| 7 | 36 | 1 jari bawah px | 30 |
| 8 | 40 | 2-3 jari bawah px | 33 |

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Penurunan konsentrasi kolagen lebih

lanjut ini secara klinis terbukti dengan melunaknya serviks (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga akan ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah minimal (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha yang dinamakan *Striae Gravidarum*. Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL) (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

Selama kehamilan, curah jantung meningkat sampai 30-50%. Perubahan ini terjadi karena adanya janin yang terus tumbuh menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu dan pada akhir kehamilan rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut.

Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Terjadi penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorit dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Konstipasi terjadi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Hemorrhoid sering muncul akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus. Epulis selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate* , dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakro iliaka, sakro koksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya yang di perkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Saifuddin, Winkjosastro, Affandi, Wasposito, 2006).

Tabel 2.2 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

| 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 |

c. Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa ketidaknyamanan akibat kehamilan pada Trimeter III. Ibu akan merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan merasa tidak percaya diri dengan perubahan tubuhnya, sehingga perlu dukungan dari pasangan, keluarga, dan bidan (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

d. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan Trimester III

Penting bagi bidan memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang berbagai ketidaknyamanan kehamilan agar dapat memberikan saran kepada ibu agar dapat membantu mengatasi dan meminimalkan kondisi yang ia alami. Adapun ketidaknyamanan tersebut.

1) Nyeri punggung dan ligament

Nyeri punggung pada kehamilan dapat terjadi akibat pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur, dan juga akibat pengaruh hormon relaksin terhadap ligamen. Untuk mengurangi rasa tidak nyaman yaitu untuk tetap mempertahankan postur yang baik, menggunakan posisi yang tepat ketika mengangkat sesuatu yang berat, dan tidak berdiri terlalu lama. Latihan fisik yang teratur juga bisa mengurangi nyeri punggung seperti berjalan atau berenang (Fraser dan Cooper, 2009).

Pertumbuhan uterus yang sejalan dengan perkembangan kehamilan mengakibatkan teregangnya ligamen penopang yang biasanya dirasakan ibu sebagai spasme menusuk yang sangat nyeri yang disebut dengan nyeri ligamen. Untuk mengatasinya ibu bisa mandi dengan air hangat dan memasase pada area yang nyeri untuk mengurangi gejala yang dirasakan (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Kram tungkai

Kram yang merupakan kontraksi tiba-tiba pada otot betis sering terjadi pada kehamilan trimester ketiga. Kram ini terkadang membuat ibu terbangun di malam hari dan merasa nyeri pada bagian betis keesokan harinya. Untuk mengurangi risiko terjadinya kram di malam hari yaitu dengan melakukan latihan peregangan tungkai sebelum tidur. Penyesuaian diet dengan mengurangi asupan susu, minuman ringan, dan makanan siap saji. Ketika kaki

mengalami kram ibu dianjurkan untuk menekuk kearah yang berlawanan (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Keletihan

Pada trimester ketiga keletihan ini dapat berkaitan dengan peningkatan berat badan, yang menyebabkan kesulitan bergerak. Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh dalam rangka persiapan persalinan dan menyusui (Fraser dan Cooper, 2009).

4) Konstipasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi akan memiliki masalah ini pada trimester kedua atau ketiga. Konstipasi disebabkan karena penurunan peristaltis yang disebabkan otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. salah satu efek samping yang umum muncul pada penggunaan zat besi adalah konstipasi. Cara penanganan konstipasi dengan:

- a) Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air minimal 8 gelas/hari (ukuran gelas minum).
- b) Istirahat cukup pada siang hari.
- c) Minum air hangat saat bangun dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik

- d) Makan-makanan yang berserat seperti selada, daun seledri, kulit padi
 - e) Tidak menunda defekasi
 - f) Melakukan latihan secara umum, seperti berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh yang baik. semua kegiatan ini memfasilitasi vena sehingga mencegah konstipasi.
 - g) Konsumsi laksatif ringan, pelunak feses, dan atau supositoria gliserin jika ada indikasi (Varney, Kriebs, gegor, 2006)
- 5) Peningkatan frekuensi berkemih dan Insomnia

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih. Untuk mengatasinya dengan cara mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat tidur. Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

e. Skrining Faktor Risiko Anemia

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. Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3

kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya (Rochyati, 2011). Faktor risiko pada kelompok II Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 2.3 Faktor risiko pada kelompok II

| No. | Faktor Risiko (FR II) | Kondisi Ibu |
|-----|-----------------------------------|--|
| 11. | Penyakit ibu hamil : | |
| | a. Anemia | Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-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 napas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak. |
| | e. Kencing manis | Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab. |
| | f. PMS, dll | Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan lab. |
| 12. | Preeklamsia ringan | Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi |
| 13. | Hamil kembar/gemeli | Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat |
| 14. | Hamil kembar air/hydramnion | Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil |
| 15. | Hamil lebih bulan/hamil serotinus | Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan |
| 16. | Janin mati didalam rahim ibu | Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil |
| | Kelainan letak : | Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin : |
| | Letak sungsang | Di atas perut: kepala bayi ada di atas didalam rahim |
| 17. | | |
| 18. | Letak lintang | Disamping perut: kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri |

Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR) digunakan sebagai alat rekam kesehatan dari ibu hamil berbasis keluarga. Sistem skor dengan skor 2, 4, dan 8. Skor 2 adalah skor awal bagi semua ibu hamil (berapapun umur dan jumlah anaknya), skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan sebelum bayi lahir dan preeklamsia

berat/eklamsia. Skor 4 untuk faktor risiko lainnya (Poedji Rochyati, 2011).

Tabel 2.4 Skor Penilaian Poedji Rochyati

| Kehamilan | | Persalinan | | | |
|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Jumlah skor | Kehamilan risiko | Kode warna | Rujukan | Tempat | Penolong |
| 2 | KRR | Bidan | Tidak dirujuk | Polindes | Bidan |
| 6-10 | KRT | Bidan Dokter | Polindes Puskesmas Rumah sakit | Polindes Puskesmas Rumah sakit | Bidan Dokter |
| ≥ 12 | KRST | Dokter | Rumah sakit | Rumah sakit | Dokter |

f. Anemia dalam Kehamilan

1) Pengertian

Menurut WHO pada tahun 2012, seorang wanita hamil dianggap anemia jika konsentrasi hemoglobinnya selama trimester pertama dan ketiga kehamilan lebih rendah dari 11 gr%, sedangkan trimester kedua lebih rendah dari 10,5 gr%. Disproporsi antara kecepatan penambahan plasma dan eritrosit kedalam sirkulasi ibu paling besar selama trimester kedua. Menjelang akhir kehamilan ekspansi plasma pada hakikatnya berhenti, sementara masa hemoglobin terus bertambah (Cunningham et al, 2013).

2) Etiologi Anemia

Menurut Manuaba (2007) penyebab anemia pada kehamilan adalah:

a) Kekurangan asupan zat besi

Kecukupan akan zat besi tidak hanya dilihat dari konsumsi makanan sumber zat besi tetapi juga tergantung variasi

penyerapannya. Yang membentuk 90% Fe pada makanan non daging (seperti biji-bijian, sayur, telur, buah) tidak mudah diserap tubuh.

b) Peningkatan kebutuhan fisiologi dan Malabsorpsi

Kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan. Bagi ibu yang sering mengalami kehamilan (multiparitas), kehamilan kembar, riwayat anemia maupun perdarahan pada kehamilan sebelumnya membutuhkan pemenuhan zat besi yang lebih banyak. Gangguan penyerapan zat besi pada usus dapat menyebabkan pemenuhan zat besi pada ibu hamil terganggu.

3) Patofisiologi Anemia

Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritoprotein. Akibatnya volume plasma bertambah. Dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi. Ekspansi volume plasma merupakan penyebab anemia fisiologik pada kehamilan. Volume plasma yang terekspansi menurunkan hematokrit (Ht), konsentrasi hemoglobin darah (Hb), dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah

absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

4) Kebutuhan Zat Besi pada Wanita Hamil

Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan perhatikan bagan berikut ini:

| | |
|----------------------------|------------------|
| Meningkatkan sel darah ibu | 500 mg Fe |
| Terdapat dalam plasenta | 300 mg Fe |
| <u>Untuk darah janin</u> | <u>100 mg Fe</u> |
| Jumlah | 900 mg Fe |

Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya. Pada kehamilan relatif terjadi anemia pada ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30-40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g% (Manuaba, 2010).

5) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Diagnosis anemia dapat ditegakkan dengan menganamnesis pasien dan melakukan cek laboratorium. Dari hasil anamnesis akan ditemukan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual-muntah lebih hebat pada hamil muda. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan alat bernama sahli. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2012).

Table 2.5 Kategori Anemia Menurut WHO (2011)

| Hasil Pemeriksaan | Kategori Anemia |
|-------------------|-----------------|
| Hb >11 gr % | Tidak anemia |
| Hb 10-10,9 gr% | Anemia ringan |
| Hb 7-9,9 gr % | Anemia sedang |
| Hb < 7 gr %. | Anemia berat |

6) Klasifikasi Anemia

Menurut Manuaba (2010), anemia dapat digolongkan menjadi :

a) Anemia defisiensi gizi besi

Anemia jenis ini biasanya berbentuk normositik dan hipokromik serta keadaan tersebut paling banyak dijumpai. Terapi dengan pemberian senyawa-senyawa besi sederhana yaitu fero sulfat, fumarat, glukonat yang memberikan 200 mg besi per hari. Kadar hemoglobin ibu pada ibu meningkat setara dengan pemberian zat besi oral maupun parenteral (Cunningham dkk, 2013).

b) Anemia Megalobastik

Anemia ini biasanya berbentuk makrosistik/permisiosa. Penyebabnya adalah karena kekurangan asam folat dan vitamin B12. Biasanya ditemukan pada ibu hamil yang tidak suka mengonsumsi sayuran hijau. Pada wanita yang tidak hamil kebutuhan asam folat 50-100 µg/hari. Selama hamil kebutuhan meningkat mencapai 400 µg/hari. Kadar vitamin B12 wanita hamil lebih rendah dari pada wanita tidak hamil karena berkurangnya kadar protein pengikat yang mencakup haptokorin dan transkobalamin II (Cunningham dkk, 2013).

7) Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil:

a) Tingkat pendidikan

Orang yang berpendidikan tinggi cenderung berpikir obyektif dan berwawasan luas. Ibu hamil yang berpendidikan dan mengetahui gizi yang baik untuk kehamilannya akan menerapkan informasi yang di peroleh dalam pemenuhan kebutuhan gizi untuk dirinya. Hal tersebut dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, 2008).

b) Status ekonomi

Status ekonomi mempunyai efek pada terjadinya anemia, status ekonomi yang lebih rendah menimbulkan angka nutrisi

buruk yang lebih tinggi, sehingga mengakibatkan angka anemia defisiensi zat besi lebih tinggi (Varney, 2007).

c) Pola konsumsi Fe

Pada trimester II dan III faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya anemia kehamilan adalah konsumsi tablet besi (Fe). Hal ini disebabkan kebutuhan zat besi pada masa ini lebih besar dibandingkan trimester I dan menunjukkan pentingnya pemberian tablet besi (Fe) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Saifuddin, 2009).

d) Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi meminumnya secara rutin sehingga menyebabkan ibu hamil kekurangan besi. Mengonsumsi tablet besi dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu sehingga orang cenderung menolak tablet yang diberikan (Arisman, 2010).

e) Konsumsi zat besi bersamaan dengan kalsium

Mengonsumsi zat besi bersama dengan kalsium misalnya yang terkandung pada susu atau keju dapat menghambat penyerapan zat besi, dianjurkan untuk memberi sela selama 2 jam sebelum atau sesudah mengonsumsi zat besi (Ani, 2013). Polifenol seperti tanin dalam teh, kopi, dan sayuran tertentu mengikat besi heme membentuk kompleks besi-tanin yang

tidak larut sehingga zat besi tidak dapat diserap dengan baik. Zat ini juga dapat menghambat penyerapan besi nonheme didalam tubuh (Almatsier, 2011). 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.

8) Pengaruh Anemia pada Kehamilan dan Janin

Pengaruh Anemia terhadap ibu selama kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6$ g%), mola hidatosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD). Janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibu, tetapi anemia akan mengurangi metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan seperti abortus, kematian intrauterine, persalinan premature yang tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, intelegensia rendah, bayi mudah terkena infeksi hingga menyebabkan kematian perinatal (Manuaba, 2012).

9) Penanganan Anemia

Menurut British Committee Standard of Haematology (BSCH) tahun 2011 penanganan anemia dilakukan dengan:

a) Nasihat diet

Kebutuhan zat besi pada saat hamil 3 kali lebih tinggi di banding pada saat wanita menstruasi. Penyerapan zat besi meningkat pada trimester III dengan peningkatan zat besi 1-2 mg sampai 6 mg perhari.

Sumber utama besi heme hemoglobin dan mioglobin dari daging merah, ikan, dan unggas. Besi heme diserap 2-3 kali lipat lebih mudah daripada besi non heme. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium dan fitat (terkandung dalam kacang-kacangan) akan menghambat penyerapan zat besi. Ibu hamil perlu diberikan konseling mengenai makanan yang banyak mengandung zat besi dan cara pengolahannya. Beberapa contoh makanan yang kaya zat besi adalah: daging sapi, ayam, sarden, roti gandum, kapri, buncis panggang, kacang merah, sayuran berdaun, brokoli, daun bawang, bayam, buah-buahan kering, dan telur.

b) Pemberian suplemen tablet besi oral

Wanita yang kekurangan zat besi tidak hanya diatasi dengan diet saja tetapi juga perlu diberikan suplemen oral. Zat besi oral adalah cara yang efektif, murah, dan aman. Dosis yang dianjurkan untuk pengobatan defisiensi besi 100-200 mg perhari. dosis yang lebih tinggi tidak diberikan untuk meminimalkan peningkatan efek samping. Suplemen besi oral sebaiknya di konsumsi pada saat perut kosong agar penyerapannya tidak terhambat.

c) Pemberian tablet besi secara parentral

d) Pendampingan minum tablet Fe, SMS *reminder*, kartu monitoring minum tablet Fe, diskusi kelompok, pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan ibu terhadap anemia dan pentingnya minum tablet Fe (Aditianti, Permanasari, dan Julianti, 2015; Agustini, Lestari, dan Agoes, n.d).

g. Kehamilan Postterm

1) Pengertian

Kehamilan postterm juga disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate*, adalah : kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih dihitung dari

pertama haid terakhir dengan siklus rata-rata 28 hari (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Kisaran optimum variasi lama gestasi pada manusia belum diketahui hingga kini, dan penetapan 2 minggu melewati Taksiran Persalinan (TP) sebagai definisi kehamilan lewat bulan masih berubah-ubah. Kriteria untuk mendiagnosis kehamilan lewat bulan dipenuhi bila persalinan tidak terjadi dalam 2 minggu setelah taksiran persalinan yang ditetapkan. Kehamilan dianggap memanjang pada usia kehamilan 41 minggu karena angka morbiditas dan mortalitas neonatus meningkat setelah usia kehamilan 40 hingga 41 minggu maka terjadi pula peningkatan induksi persalinan pada kehamilan cukup bulan (Varney, Kriebs, dan Gegor 2006). Kehamilan Postdate memiliki pengaruh terhadap plasenta, janin maupun ibu.

a) Perubahan pada Plasenta

Fungsi plasenta mencapai puncak pada kehamilan 38 minggu dan mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Penurunan fungsi plasenta merupakan faktor penyebab komplikasi pada kehamilan postterm dan meningkatnya risiko pada janin. Pada kehamilan postterm terjadi penimbunan kalsium pada plasenta sehingga dapat menyebabkan gawat janin bahkan kematian janin intrauterin. Selaput vaskuloinsisial menjadi tebal dan menurunkan mekanisme transpor plasenta

dan terjadi degenerasi jaringan plasenta seperti odem, timbunan fibrinoid, fibrosis, trombosis intervili, dan infark vili.

b) Pengaruh pada Janin

i. Sindroma Postmaturitas: ditemukan beberapa tanda seperti gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak subkutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipatan paha dan genital luar, dan rambut kepala banyak atau tebal. Tidak seluruh janin bayi kehamilan postterm menunjukkan tanda postmaturitas tergantung fungsi plasenta.

ii. Gawat janin atau kematian perinatal meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih. Umumnya disebabkan oleh: Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan, fraktur klavikula, sampai kematian bayi. Insufisiensi plasenta yang berakibat: pertumbuhan janin terhambat, hipoksia janin, keluar mekonium yang berakibat aspirasi mekonium, oligohidramnion. Cacat bawaan terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus.

c) Pengaruh pada Ibu

Morbiditas/mortalitas ibu dapat meningkat sebagai akibat dari makrosomia janin sehingga menyebabkan terjadi distosia persalinan, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik dan

persalinan traumatis/ perdarahan postpartum akibat bayi besar. Dari aspek emosi ibu dan keluarga menjadi cemas karena kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan.

2) Pengelolaan Kehamilan Lebih bulan.

Pengelolaan kehamilan lebih bulan harus memperhitungkan adanya peningkatan risiko terhadap janin sejalan dengan bertambahnya usia kehamilan. Pengelolaan dalam bentuk asuhan yang diberikan dengan pengawasan janin dan induksi persalinan sebelum usia kehamilan 42 minggu.

a) Pengawasan antenatal

Pengawasan antenatal bertujuan untuk memantau kesejahteraan janin. Pengawasan dilakukan dengan menggunakan alat seperti Ultrasound Doppler pada arteri umbilikali yang bertujuan untuk mengkaji janin dan aliran darah uteroplasenta pada kehamilan risiko tinggi. Kardiotokografi di sebut juga Non stres test (NST) yaitu jantung janin dipantau dan hasil rekaman dikaji untuk mengetahui adanya reaktivitas dan apakah frekuensi dalam batas normal. Pengawasan antenatal juga dilakukan dengan pengukuran cairan amnion. Parameter ini untuk mendefinisikan jika berkurangnya cairan amnion maka keputusan untuk induksi persalinan dilakukan.

b) Induksi elektif

Pendekatan aktif terhadap kehamilan lebih bulan atau kehamilian yang mendekati batas akhir usia kehamilan adalah induksi persalinan. Induksi persalinan dengan pemberian prostaglandin endoserviks diketahui dapat menurunkan insiden seksio sesaria.

h. Antenatal Care

Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan saat trimester III yaitu menegaskan kapan HPL ibu, memastikan persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, manfaat ANC secara rutin, gizi seimbang, personal hygiene, meminta suami dan keluarga untuk mendukung supaya ibu cukup istirahat dan dukungan emosional persiapan persalinan, pentingnya stimulasi janin didalam kandungan, meminta suami dan keluarga untuk tanggap bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan paska persalinan, manfaat IMD dan ASI eksklusif, KB paska salin, dan persiapan menjadi orangtua (Mulati, Sari, dan Muchtar, 2012).

i. Pemeriksaan USG

Menurut Varney, Kriebs, Gegor (2006), ultrasonografi akan memperkecil kemungkinan dalam memperkirakan usia kehamilan sehingga dapat menurunkan risiko kesalahan penilaian. Rekomendasi WHO dilakukan USG pada:

- 1) Pada awal kehamilan (sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk penentuan gestasi, viabilitas janin, deteksi abnormalitas janin.

- 2) Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk deteksi anomali janin.
- 3) Pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan.

j. Program Pemerintah P4K

Upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang meliputi upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar. Dalam stiker P4K harus didapatkan informasi identitas ibu, taksiran persalinan, rencana penolong persalinan, pendamping dan tempat persalinan serta calon pendonor, transportasi yang digunakan dan pembiayaan. Selain itu perencanaan KB pasca bersalin juga perlu direncanakan. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat (Kemenkes RI, 2015).

2. Teori Klinis Persalinan

a. Induksi Persalinan

Induksi diindikasikan untuk ibu atau janin jika memiliki masalah pada keduanya dan jika dilanjutkan kehamilannya akan membahayakan. Keberhasilan induksi bergantung pada kontraksi yang adekuat dan efektif dalam menimbulkan dilatasi serviks yang

progresif. Prosedur ini lebih cenderung berhasil jika serviks sudah matang yaitu telah mengalami perubahan struktur untuk menimbulkan perlunakan, dilatasi, dan penipisan. Indikasi yang sering dilakukan pada kasus Ketuban Pecah Dini (KPD), Preeklampsia, gawat janin, kehamilan *postdate*, dan berbagai kondisi media ibu seperti hipertensi kronis dan diabetes.

Kontraindikasi untuk melakukan induksi atau persalinan spontan seperti makrosomia, malpresentasi, gemeli, hidrosefalus berat, panggul sempit, plasenta abnormal, infeksi herpes genital aktif atau kanker serviks. Peningkatan angka komplikasi ibu yang berkaitan dengan induksi meliputi kelahiran caesar, korioamnionitis, dan atonia uterus (Cunningham, 2013)

b. Metode Induksi persalinan meliputi:

1) Prostaglandin dan induksi

Sebelum memberikan prostaglandin skor bishop harus dikaji terlebih dahulu. Skor bishop merupakan metode untuk mengkaji apakah serviks siap untuk induksi persalinan. Unsur pertama dalam pengkajian adalah dilatasi, penipisan serviks, konsistensi, dan *stations*. Prostaglandin paling efektif jika diberikan secara intravagina. Sediaan berbentuk gel atau tablet lepas lambat. Prostaglandin dimasukkan dekat serviks dalam fornix posterior vagina. Gel diberikan secara lokal pada serviks

kemudian diabsorpsi. Jika menggunakan tablet dosis tidak boleh lebih dari 6 mg.

Prostaglandin seringkali menghasilkan kontraksi dengan intensitas rendah. Denyut jantung janin dan kontraksi uterus harus dipantau setiap 30 menit sesudahnya. Pemberian prostaglandin berisiko menimbulkan kontraksi uterus dan ruptur uterus. Efek samping yang lain meliputi pireksia, muntah, dan diare (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Oksitosin

Oksitosin merupakan hormon yang paling sering diberikan dalam persalinan. Reseptor oksitosin ditemukan dalam miometrium dan jumlahnya akan meningkat menjelang kehamilan cukup bulan dan selama persalinan. Oksitosin yang digunakan bersama amniotomi terdapat peningkatan kecenderungan persalinan dalam 12 jam.

a) Pemberian oksitosin untuk persalinan

Oksitosin tidak dianjurkan diberikan dalam 6 jam setelah pemberian prostaglandin. Sebelum memberikan oksitosin harus meninjau riwayat kesehatan ibu untuk memastikan bahwa tidak ada kontraindikasi untuk induksi. Melakukan pemeriksaan vagina steril jika serviks telah lunak dan penipisan maksimal atau dilatasi sekurang-kurangnya 3 cm (Green dan Wilkinson, 2012).

Oksitosin diberikan melalui intavena dan diencerkan dengan larutan elektrolit isotonik biasanya 10 hingga 20 U/1000 ml dan diberikan melalui pompa infus (Green dan Wilkinson, 2012). Dosis harus dicatat dalam miliunit per menit dengan pelarut yang dianjurkan, yaitu 30 IU dalam 500 ml salin normal. Laju tetesan infus harus dititrasi berdasarkan pengkajian kekuatan dan frekuensi kontraksi uterus. Induksi dimulai dari 0,5-2 mU/menit dan dosis dinaikan 1-2mU/menit pada interval 15 hingga 60 menit hingga persalinan yang diharapkan terjadi. Laju tetesan infus perlu dikurangi jika persalinan sudah dimulai karena uterus lebih sensitif terhadap oksitosin sejalan dengan kemajuan persalinan. Dosis terendah yang diperlukan untuk mempertahankan kontraksi uterus yang efektif mempunyai paruh waktu sekitar 3 menit. (Fraser dan Cooper, 2009). Jika respons uterus yang tidak adekuat terjadi pada dosis 20 mU/menit kondisi ini dapat menandakan bahwa induksi gagal (Green dan Wilkinson, 2012).

b) Efek samping Oksitosin

- i. Hiperstimulasi: oksitosin menyebabkan ibu dan janin terpajan risiko hiperstimulasi uterus yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan ruptur uterus. Uterus dapat berkontraksi dengan kuat dengan durasi 120 detik atau lebih, dengan frekuensi lebih dari 5 kontraksi dalam 10

menit. Uterus akan pulih dari hiperstimulasi setelah infus dihentikan.

ii. Penggunaan oksitosin dalam jangka lama dapat menyebabkan atonia uterus pascapartum.

iii. Retensi cairan dapat terjadi pada penggunaan oksitosin yang terlalu lama akibat efek antidiuretinnya.

iv. Efek samping sistemik meliputi relaksasi direct otot polos vaskuler dapat menyebabkan vasodilatasi dan hipotensi jika dosis bolus intravena diberikan dengan cepat.

c. Keberhasilan Induksi

Keberhasilan induksi persalinan pervagina ditentukan oleh (Mochtar, 2011):

1) Kedudukan bagian terendah, semakin rendah kedudukan bagian terendah janin kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar oleh karena dapat menekan fleksus Frankenhauser.

Penempatan (presentasi, induksi pada kedudukan letak kepala lebih berhasil dibandingkan dengan kedudukan bokong. Kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan bokong.

2) Kondisi serviks, serviks yang kaku, condong ke belakang, sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus, atau kedepan lebih berhasil dalam induksi.

3) Paritas, dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pembukaan.

- 4) Usia ibu dan usia anak terkecil, ibu yang usianya relative tua (diatas 30 -35 tahun) dan usia anak terakhir yang lebih dari lima tahun kurang berhasil. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi.
- 5) Usia kehamilan, pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan akan semakin berhasil.

d. *Sectio Caesarea* (Pelehiran Sesar)

Pelehiran sesar didefinisikan dengan sebagai kelahiran janin melalui dinding abdomen dan dinding uterus. (Cunningham,2013).

Penatalaksanaan perawatan Praoperatif pasien menurut saifuddin 2009 yaitu dengan menerangkan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan jika pasien tidak sadar diterangkan pada keluarganya. penatalaksanaan yang lain seperti:

- 1) Membantu dan usahakan pasien dan keluarganya siap secara mental.
- 2) Cek kemungkinan alergi dan riwayat medik lain yang diperlukan.
- 3) Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik awal yang baik merupakan langkah esensial setiap pembedahan.
- 4) Menyiapkan contoh darah untuk pemeriksaan hemoglobin dan golongan darah.
- 5) Pemeriksaan laboratorium dilakukan sesuai dengan kebutuhan seperti EKG dan foto thoraks.

- 6) Jangan mencukur pubis karena hal ini dapat menambah risiko infeksi luka. Rambut pubis hanya dipotong / dipendekkan kalau diperlukan.
 - 7) Memantau dan mencatat tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu.
 - 8) Memberikan premedikasi yang sesuai
 - 9) Sebaiknya pasien dipuasakan 4 jam sebelumnya untuk mengurangi keasaman lambung.
 - 10) Memasang kateter dan memonitor pengeluaran urin.
- e. Pengaruh Anemia Terhadap Persalinan

Menurut Manuaba (2012), ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama persalinan. Hal yang dapat terjadi adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat terjadi sangat lama, partus terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala III dapat diikuti dengan retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, dan pada kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rini (2010) ibu hamil trimester III dengan anemia mengalami persalinan lama.

3. Teori Klinis Nifas

a. 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, 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, Kriebs, dan Gegor, 2008).

b. Perubahan Fisiologi pada masa nifas.

Involusi uterus meliputi reorganisasi dari pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochia. Menyusui dapat mempercepat proses involusi uterus. Regenerasi endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir 6 minggu (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

Tabel 2.6 Involusi Uterus

| Involusi uteri | Tinggi Fundus Uteri | Berat uterus |
|--------------------|------------------------------|--------------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 gram |
| 7 hari (minggu 1) | Pertengahan pusat dan simpis | 500 gram |
| 14 hari (minggu 2) | Tidak teraba | 350 gram |
| 6 minggu | normal | 60 gram |

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama nifas dan mempunyai reaksi basa yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. Pengeluaran lochia berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya, lochia rubra muncul pada hari pertama sampai ketiga postpartum, lochia serosa berwarna kekuningan atau kecoklatan yang muncul pada

hari ke 5- hari ke 9, lochia alba muncul lebih dari hari ke-10 warnanya lebih pucat putih kekuningan.

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

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

1) 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).

d. Kebutuhan Dasar Nifas

1) Pola Nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari dan minum air 3 liter tiap hari. Meminum vitamin A 1 kapsul 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI dan rutin meminum pil zat besi setidaknya 40 hari setelah melahirkan (Saifuddin,2009). Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak. Pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vitamin A yang terkandung pada ASI (Suherni, 2009).

2) Pola Eliminasi

Miksi harus secepatnya dilakukan secepatnya. Apabila wanita tidak bisa berkemih sendiri maka harus dilakukan kateterisasi. Defekasi harus dilakukan 3 hari postpartum. (Wiknjosastro, 2007).

3) Pola Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2009).

4) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari (Saifuddin, 2009).

5) Dukungan Keluarga

Kondisi emosional dan psikologi suami dan keluarga sangat penting dalam memberikan dukungan pada ibu setelah melahirkan (Saifuddin, 2010).

e. 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 BCSH, waktu pengecekan Hb dilakukan 48 jam postpartum dengan estimasi kehilangan darah 500 cc saat melahirkan dan dilakukan pada wanita yang tidak terkoreksi anemia pada saat kehamilan. BSCH merekomendasikan wanita dengan Hb <10 gr/dl pada periode postpartum seharusnya diberikan tablet besi dengan dosis 100-200 mg selama 3 bulan.

Menurut Supiati dan Yulaikah (2015) Ada pengaruh konsumsi telur rebus terhadap peningkatan kadar Hemoglobin. Mayoritas kadar

Hb ibu nifas mengalami perubahan ≥ 11 gr% sedangkan ibu nifas yang tidak mengonsumsi telur rebus cenderung menetap bahkan menurun.

f. Pengaruh Anemia Terhadap Nifas

Menurut Manuaba (2012), ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama nifas.. Hal yang dapat terjadi adalah terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kardis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, mudah terjadi infeksi pada payudara.

4. Teori Klinis BBL/Neonatus

a. Pengertian

Neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 1 bulan sesudah lahir. Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2012).

b. Manajemen Bayi Baru lahir

Manajemen bayi baru lahir meliputi :

1) Penilaian awal

Menurut Wibowo (2010), sebelum bayi lahir dilakukan penilaian apakah usia kehamilan cukup bulan dan air ketuban jernih. Setelah lahir dilakukan penilaian apakah bayi menangis spontan/bernapas tidak megap-megap dan tonus otot/bayi bergerak aktif. Bila bayi

cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis, dan tonus otot aktif dilanjutkan dengan asuhan bayi baru lahir normal.

2) Pengaturan suhu

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh BBL 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. Mekanisme kehilangan panas bayi dengan cara evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi (Kemenkes RI, 2010).

3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Tali pusat dipotong setelah dua menit pasca bayi lahir. (Kemenkes RI, 2010). Pengikatan dan pemotongan tali pusat segera setelah lahir tidak banyak menunjukkan manfaat bagi ibu maupun bayi (Saiffudin, Rachimhadhi, Wiknjosastro 2010). 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 alcohol atau povidon iodine masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak

dikompres karena menyebabkan tali pusat basah dan lembab (Kemenkes RI, 2010).

4) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Pemberian ASI secara dini dapat mencegah perdarahan pascapersalinan, karena isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya hormone oksitosin yang dapat menimbulkan kontraksi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan. Menurut penelitian, bahwa dengan melakukan inisiasi menyusui dini, akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh si bayi terhadap penyakit, kanker syaraf, leukimia, dan beberapa penyakit lainnya.

5) 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 (Kemenkes RI, 2010).

6) 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% (Kemenkes RI, 2010).

7) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis pertama (HB 0) 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).

8) 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 kepal biasanya telah sempurna; Kuku agak panjang dan lem; Genetalia Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada; Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik; Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik; Reflek grasp atau menggenggam sudah baik; Pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Periode Bayi Baru Lahir

1) Periode transisi

periode transisi merupakan waktu ketika bayi menjadi stabil dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrainteri. Periode transisi dibagi menjadi tiga tahap. Tahap pertama adalah periode reaktif yang segera dimulai setelah kelahiran bayi dan berlangsung sekitar 30 menit, tahap kedua adalah interval yang berlangsung dari 30 menit setelah kelahiran sampai sekitar 2 jam dan selama bayi baru lahir, tahap ketiga adalah periode reaktif lain yang berlanjut dari 2 jam setelah kelahiran sampai bayi berusia 6 jam. Selama periode transisi dilakukan pengkajian frekuensi jantung, frekuensi pernapasan, suhu, mukus, neurologis (yang terdiri dari aktivitas, reaktivitas, tonus, dan postur), dan fungsi usus (Varney, Kriebs, Gegor, 2007).

2) Periode reaktivitas pertama

Periode reaktivitas pertama dimulai saat bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Jantung bayi baru lahir berdenyut cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan soanosis sementara. Pernapasan cepat berada ditepi teratas rentang normal, terdapat rales serta ronki. Rales seharusnya hilang dalam 20 menit. Bayi mungkin mungkin memperlihatkan napas cuping hidung disertai mendengkur dan retraksi dada. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari

puting susu ibu. Bayi menunjukkan peningkatan tonus otot dengan ekstremitas atas fleksi dan ekstremitas bawah ekstensi, posisi ini memungkinkan bayi untuk menyesuaikan tubuhnya dengan tubuh ibu ketika di gendong. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah bayi lahir. Bising usus menunjukkan sistem pencernaan mampu berfungsi. Keberadaan feses tidak menunjukkan peristaltis mulai bekerja tetapi menunjukkan bahwa anus paten (Varney, Kriebs, Gegor 2007).

3) Periode tidur

Tahap kedua periode transisi berlangsung dari 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung bayi pada saat ini menurun hingga kurang dari 140 kali permenit. Murmur dapat terdengar. Frekuensi pernapasan bayi lebih lambat dan tenang. Bayi dalam tahapan tidur nyenyak. Tidur nyenyak yang pertama ini pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri.

4) Periode reaktivitas kedua

Selama periode reaktivitas kedua dari sekitar 2 jam hingga 6 jam frekuensi jantung lebih labil dan perubahan warna terjadi dengan cepat. Frekuensi pernapasan bervariasi tergantung aktivitas tetapi frekuensi harus tetap dibawah 60 kali permenit dan tidak ada ronki. Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah

hipoglikemi dan dengan menstimulasi feses, mencegah ikterus. Pemberian makan segera memungkinkan kolonisasi bakteri diusus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna.

d. Adaptasi Fisiologis Bayi baru Lahir

1) Sistem Pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru- paru bayi. Pernafasan normal pada neonatus pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran.

2) Thermoregulasi

Suhu janin biasanya lebih tinggi $0,6^{\circ}\text{C}$ daripada suhu ibu. Faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi meliputi area permukaan tubuh yang luas. mekanisme kehilangan panas :

a) Konduksi

Menurut Bobak (2005) merupakan mekanisme kehilangan panas dari permukaan tubuh ke permukaan yang lebih dingin melalui kontak langsung. Contohnya saat seperti menimbang bayi.

b) Konveksi

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) konveksi ialah panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu

udara). Sebagai contoh adalah sewaktu menaruh bayi didekat jendela.

c) Radiasi

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) ialah panas dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda). Contohnya seperti bayi ditempatkan dalam ruangan dingin.

d) Evaporasi

Menurut Marmi (2012) ialah panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati.

3) Sistem gastrointestinal

Sebelum lahir janin cukup bulan mempraktikkan perilaku mengisap dan menelan. refleks muntah dan batuk yang matur telah lengkap pada saat lahir. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna sumber makanan dari luar terbatas. Keterbatasan membutuhkan enzim dan hormon pencernaan pada saluran cerna, dari mulut sampai usus.

4) Sistem Ginjal

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan. seringkali hanya 30 hingga 60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine.

5) Sistem Imunitas

Bayi dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapat imunitas dari transplasenta. Secara bertahap bayi muda mulai menghasilkan antibodi sirkulasi kelas IgG yang adekuat. Salah satu tugas selama masa bayi sampai anak-anak awal adalah pembentukan imun. Jika mengalami defisiensi baik imun alami maupun pasif sangat rentan terhadap infeksi.

e. Pola pemberian ASI dan Pertambahan Berat Badan

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), Bayi lahir cukup bulan rata-rata memiliki berat badan sesuai dengan masa gestasinya diperkirakan mengalami peningkatan berat 1 ons perhari pada 3 bulan pertama. Pada tahun pertama berat badan meningkan tiga kali lipat dan panjang badan dua kali lipat. selama 3-5 hari pertama kehidupan bayi baru lahir yang disusui kehilangan 5-10 persen berat badan lahirnya. Berat badan bayi harus kembali seperti pada waktu lahir pada hari kesepuluh.

f. Ikterus Fisiologis

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007) Ikterus yang terlihat mengindikasikan kadar bilirubin $\pm 5-7$ mg/dl. Bayi yang disusui oleh ibu memiliki insiden ikterus fisiologi lebih tinggi daripada yang tidak asi. Adapun menurut Etika dkk (n.d) Ikterus neonatorum potensial terjadi salah satunya dengan memiliki riwayat anemia pada keluarga.

Orang tua diberikan nasihat untuk memberi asi yang adekuat pada kehidupan pertama bayi untuk memudahkan pengeluaran mekonium. The American Academy of Pediatric merekomendasikan promosi ASI pada bayi dengan penyakit kuning, menilai kecukupan ASI, dan pemberian ASI 8-12 kali dalam sehari (AAFP, 2014).

Mekonium memiliki kadar bilirubin yang tinggi dan penundaan mekonium dapat meningkatkan reabsorpsi bilirubin. BBL yang mengalami ikterus fisiologis ditangani dengan fototerapi. Fototerapi alami di kontraindikasikan ketika kadar bilirubin ≥ 18 mg/dl atau ketika patologi dicurigai (Varney, Kriebs, dan Gegor , 2007).

Tabel 2.7 Tipe ikterus

| Ikterus Fisiologis | Ikterus Patologis |
|---|---|
| Tidak terlihat pada 24 jam pertama | Terlihat selama 24 jam pertama |
| Meningkat perlahan dan mencapai puncaknya pada hari 3-4 pertama kehidupan | Dapat meningkat cepat >5 mg/dl per 24 jam |
| Puncak bilirubin total ≤ 13 mg/dl | Bilirubin total ≥ 13 mg/dl |
| Uji laboratorium menunjukkan dominasi bilirubin tak terkonjugasi | Jumlah bilirubin terkonjugasi lebih besar |
| Tidak terlihat setelah 10 hari | Ikterus yang terlihat menetap setelah satu minggu |

5. Teori Klinis KB AKDR Post Plasenta

Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pascapersalinan. Metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mengganggu produksi ASI dan kesehatan bayi. Macam-macam kontrasepsi pascasalin yang dapat digunakan oleh ibu menyusui adalah metode amenorea laktasi (MAL), kondom, minipil (pil progestin), suntik progestin (DMPA), implan, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), dan kontrasepsi mantap (MOW).

Pemasangan AKDR Post plasenta dapat dilakukan pada saat seksio sesarea. Peningkatan penggunaan AKDR akan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan di masa depan. Efektifitas AKDR postplasenta tidak menambah risiko infeksi, perforasi, dan perdarahan. Diakui ekspulsi lebih tinggi (6-10%). Kemampuan meletakkan difundus memperkecil risiko ekspulsi oleh karena itu diperlukan pelatihan untuk pemasangan AKDR postplasenta (Affandi, 2011).

a. Teknologi

AKDR umumnya jenis Cu-T dimasukkan kedalam fundus uteri dalam 10 menit setelah plasenta lahir. Penolong telah menjepit AKDR diujung jari tengah dan telunjuk yang selanjutnya menyusuri sampai ke fundus. Pastikan bahwa AKDR diletakkan dengan benar difundus. Tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan ke bawah. Memotong AKDR sepanjang 6 cm sebelum insersi (Affandi, 2011).

b. Pemantauan

Klien hendaknya diberikan pendidikan mengenai manfaat dan sisiko AKDR dapat kembali dipasang. Pemeriksaan AKDR dapat dilakukan setiap tahun atau bila terjadi keluhan (nyeri, perdarahan, demam, dsb) (Affandi, 2011).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan

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

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

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

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan

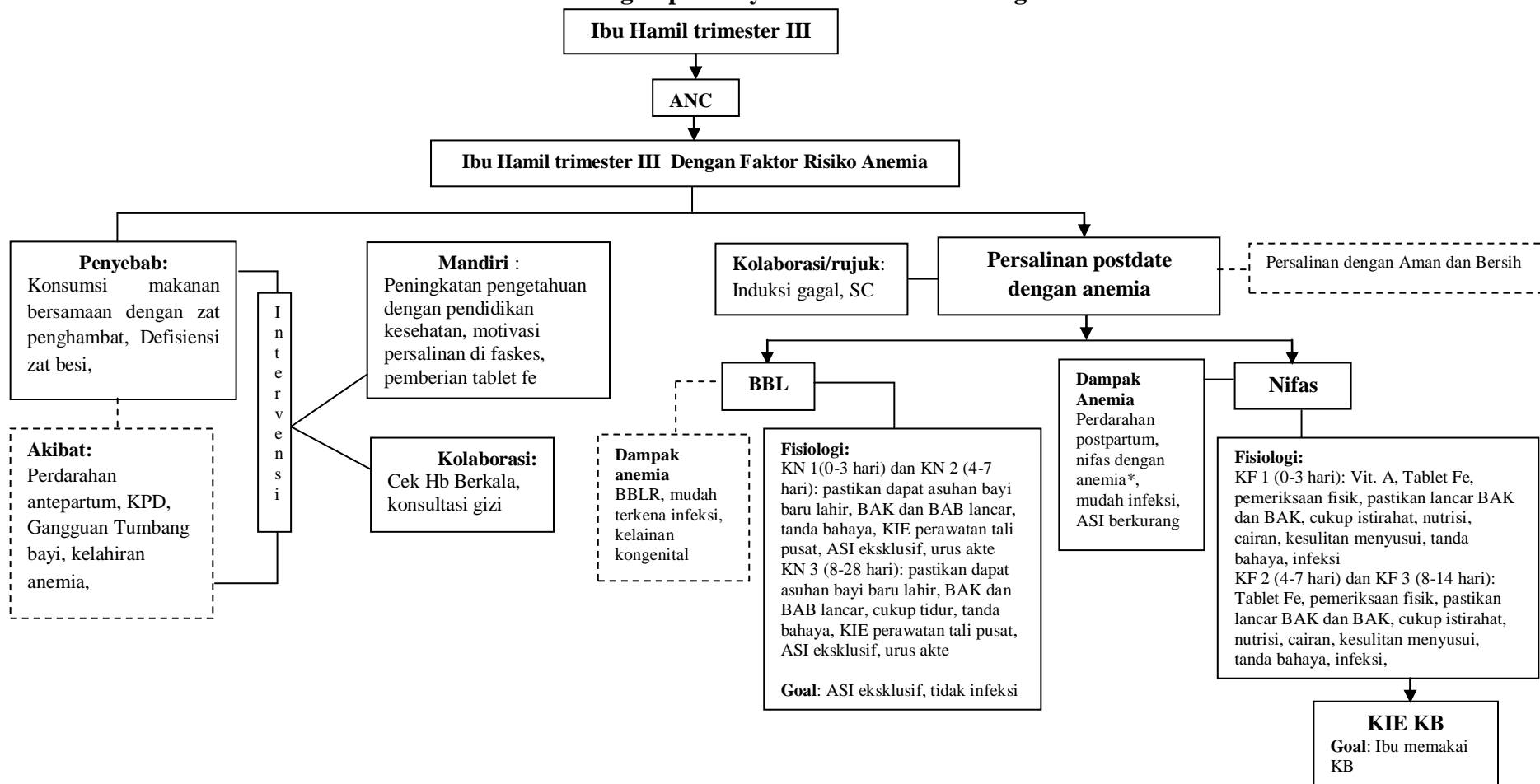
persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak (Kepmenkes no 369 tahun 2007).

Standar Asuhan Kebidanan

- a. Kompetensi ke 1: Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
- b. Kompetensi ke-2: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
- c. Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- d. Kompetensi ke-4: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- e. Kompetensi ke-5: Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

- f. Kompetensi ke-6: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- g. Kompetensi ke-7: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
- h. Kompetensi ke-8: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

C. Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. R Usia 30 Tahun dengan Anemia



Gambar 2.1. Flowchart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Sumber Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2010 dengan Modifikasi)

Keterangan:

- - ->

->

*

Tidak berhubungan dengan kasus
Berhubungan dengan kasus
Akibat anemia yang terjadi