

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan

a. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan melakukan pemeriksaan sederhana dan konseling asuhan kebidanan yang mencakup pemeriksaan yang berkelanjutan. Sasaran asuhan kebidanan meliputi, masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, bayi, balita dan anak prasekolah, keluarga berencana serta perempuan usia lanjut. Asuhan kebidanan merupakan suatu proses pemecahan masalah kebidanan yang sistematis dan didokumentasikan dalam bentuk pengkajian data subjektif dan objektif. Kemudian hasil pengkajian dianalisis sehingga dapat dirumuskan diagnosa kebidanan dan masalah potensial serta kebutuhan yang dapat segera dilakukan perencanaan dan pelaksanaan hingga evaluasi dari asuhan yang diberikan. Asuhan kebidanan tersebut dipertanggungjawabkan dalam dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis dan Penatalaksanaan) serta catatan perkembangan (Manuaba, 2010).

b. Standar asuhan kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2010) Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/2007 menjelaskan tentang standar asuhan kebidanan dijadikan landasan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik kebidanan.

1) Standar I: Pengkajian

Bidan menggali semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien saat ini. Pengkajian diharapkan meliputi data yang tepat, akurat dan lengkap, terdiri atas data subjektif dan data objektif dari klien.

2) Standar II: Perumusan diagnosis kebidanan

Bidan melakukan analisis data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosis dan masalah kebidanan yang tepat sesuai kondisi klien.

3) Standar III: Perencanaan

Berdasarkan diagnosis dan masalah ditegakkan, bidan kemudian merencanakan asuhan kebidanan, kriteria perencanaan yaitu rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif, melibatkan klien atau pasien dan keluarga, memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based*.

4) Standar IV: Implementasi

Berdasarkan *evidence based*, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan dapat dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5) Standar V: Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan secara bertahap.

6) Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan dan temuan dalam memberikan asuhan kebidanan. Pencatatan dilakukan setelah melakukan asuhan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Kehamilan Trimester III

a. Pengertian

Masa kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan trimester ketiga adalah trimester akhir kehamilan pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 29-40 minggu dan janin berada pada tahap penyempurnaan (Manuaba, 2010).

b. Anemia dalam kehamilan

1) Pengertian

Anemia atau sering disebut kurang darah adalah keadaan dimana darah merah kurang dari normal, dan biasanya yang digunakan sebagai dasar adalah kadar Hemoglobin (Hb). Anemia dalam kehamilan adalah kadar hemoglobinnya yang kurang dari 11 gr%. WHO menetapkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar HB di bawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar HB <10,5 gram% pada trimester II (Manuaba, 2010).

2) Klasifikasi anemia dalam kehamilan

- a) Anemia defisiensi besi, anemia akibat kurangnya mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (Khumaira, 2012).
- b) Anemia megaloblastik, anemia ini muncul akibat malnutrisi dan infeksi kronik (Nugraheny, 2010).

- c) Anemia hipoplastik, hipofungsi sumsum tulang dalam membentuk sel darah merah baru (Marmi, 2011).
- d) Anemia hemolitik, disebabkan oleh pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembentukannya (Khumaira, 2012).

3) Faktor risiko anemia

Setiap ibu hamil berisiko mengalami anemia karena ibu hamil membutuhkan zat besi dan asam folat yang lebih banyak daripada biasanya. Risiko anemia akan bertambah apabila: ibu hamil kembar, jarak kehamilan dengan anak sebelumnya terlalu dekat, sering muntah akibat morning sickness, usia ibu terlalu muda dan asupan gizi ibu kurang terutama asupan yang kaya zat besi (Khumaira, 2012).

4) Faktor yang mempengaruhi Anemia dalam Kehamilan

- a) Sosial ekonomi, ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang baik, akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik. Status gizi akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil (Astuti, 2016).
- b) Pengetahuan, tingkatan pengetahuan ibu mempengaruhi perilakunya, makin tinggi pendidikan atau pengetahuannya, makin tinggi kesadaran untuk mencegah terjadinya anemia.
- c) Kunjungan *Antenatal Care* (ANC), pengawasan sebelum persalinan terutama pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Kasus anemia defisiensi gizi umumnya selalu disertai dengan malnutrisi infeksi parasit,

semua ini berpangkal pada keengganan ibu untuk menjalani pengawasan antenatal.

- d) Pendidikan, pendidikan yang baik akan mempermudah untuk mengadopsi pengetahuan tentang kesehatannya. Rendahnya tingkat pendidikan ibu hamil dapat menyebabkan keterbatasan dalam upaya menangani masalah gizi dan kesehatan keluarga.

5) Asuhan kehamilan dengan anemia

Asuhan kebidanan pada anemia ringan dapat dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi. Asuhan secara mandiri yang dapat dilakukan yaitu memberikan pelayanan ANC sesuai standar, memberikan terapi penambah darah, memberikan konseling informasi dan edukasi sesuai dengan masalah dan keluhan ibu. Pada kehamilan trimester III dengan anemia ibu disarankan untuk melakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan haemoglobin ulang setelah satu bulan pemberian tablet penambah darah (Kemenkes RI, 2013a). Pada asuhan yang tidak dapat dilakukan secara mandiri dapat dilakukan asuhan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta asuhan berkesinambungan perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya penyulit dan komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi (Rochjati, 2011).

Menurut Kemenkes RI (2013) asuhan kolaborasi yang dapat dilakukan yaitu:

- a) Melakukan kolaborasi dengan analis kesehatan untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap untuk menentukan penyebab anemia.
- b) Jika anemia defisiensi besi, berikan terapi besi dosis setara 60 mg besi elemental 2 kali per hari.

- c) Jika *thalassemia* lakukan tata laksana bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk perawatan spesifik.
- d) Lakukan penilaian tumbuh kembang janin dengan mengukur tinggi fundus uteri, pemeriksaan USG dan pemeriksaan denyut jantung janin secara berkala.
- 6) Komplikasi pada kehamilan dengan anemia

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III dengan anemia yaitu :

- a) Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
- b) Plasenta previa
- c) Preeklamsia/eklamsia
- d) Perdarahan antepartum
- 7) Kebutuhan zat besi pada wanita hamil

Selama kehamilan kebutuhan zat besi bertambah sejalan perkembangan janin, plasenta dan peningkatan sel darah merah ibu. Disamping itu pula volume darah ibu meningkat sehingga jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk memproduksi sel darah merah juga mengalami peningkatan. Pada trimester pertama kehamilan, zat besi yang dibutuhkan sedikit karena tidak terjadi menstruasi dan pertumbuhan janin masih lambat. Menginjak trimester kedua hingga ketiga volume darah dalam tubuh wanita meningkat sampai 35%. Kenaikan volume darah akan meningkatkan kebutuhan besi atau zat besi. Jumlah zat besi yang diperlukan ibu hamil untuk mencegah anemia akibat meningkatnya volume darah adalah 500 mg. Selama kehamilan seorang ibu hamil menyimpan zat besi kurang lebih 1000 mg termasuk untuk keperluan janin, plasenta dan hemoglobin itu sendiri (Manuaba, 2010).

Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah janin dan plasenta. Jika persediaan cadangan zat besi minimal maka setiap kehamilan akan menguras persediaan besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami *hemodilusi* (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18% sampai 30% dan hemoglobin sekitar 19%. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 gr% maka dengan terjadinya *hemodilusi* akan mengakibatkan anemia fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5 gr% sampai 10 gr% (Manuaba, 2010).

a. Asuhan Kehamilan Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

1) Pengertian KPD

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009). KPD didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai persalinan yaitu interval periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih.

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan (Manuaba, 2010).

Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan. Pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4%. Sebagian dari

ketuban pecah dini mempunyai periode laten lebih dari satu minggu. *Early rupture membran* adalah ketuban pada fase laten persalinan.

Menurut Manuaba, 2007, sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini, dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Serviks inkompeten,
- b. Faktor keturunan,
- c. Pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genitalia),
- d. Malposisi atau malpresentase janin,
- e. Faktor yang menyebabkan kerusakan serviks,
- f. Riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih,
- g. Faktor yang berhubungan dengan berat badan sebelum dan selama hamil,
- h. Merokok selama kehamilan,
- i. Riwayat hubungan seksual baru-baru ini
- j. Paritas,
- k. Anemia,

b) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Demam, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2009).

c) Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya.
- b. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (*alkalis*).
- c. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
- d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit (Manuaba, 2009).

d) Komplikasi ketuban pecah Dini

Komplikasi yang biasa terjadi pada KPD meliputi mudah terjadinya infeksi intra uterin, partus prematur, prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba, 2009). Terdapat tiga komplikasi utama yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu :

- a. Peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas,
- b. Komplikasi selama persalinan dan kelahiran,
- c. Resiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana resiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi.

e) Penatalaksanaan KPD

Menurut Manuaba (2009) tentang penatalaksanaan KPD adalah mempertahankan kehamilan sampai cukup bulan khususnya maturitas paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat. Terjadi infeksi dalam rahim,

yaitu korioamnionitis yang menjadi pemicu sepsis, *meningitis* janin, dan persalinan prematuritas. Dengan perkiraan janin sudah cukup besar dan persalinan diharapkan berlangsung dalam waktu 72 jam dapat diberikan *kortikosteroid*, sehingga kematangan paru janin dapat terjamin. Waktu terminasi pada kehamilan aterm dapat dianjurkan selang waktu 6-24 jam bila tidak terjadi his spontan. Kehamilan lebih dari 37 minggu induksi dengan oksitosin. Bila gagal lakukan *seksio sesaria*. Dapat pula di berikan misoprostol 25µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvik kurang dari 5 lakukan pematangan serviks, kemudian lakukan induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesaria. Bila skor pelvik lebih dari 5 lakukan induksi persalinan. Tahapan induksi/akselerasi persalinan, penilaian kembali kondisi ibu dan janin dengan skor bishop.

Tabel 1
Skor Bishop

Yang Dinilai	Skor 0	Skor 1	Skor 2	Skor 3
Pembukaan	Tidak ada	1-2 cm	3 – 4 cm	Lebih dari 5
Panjang servik/effacement	> 4 cm	3 – 4 cm	1 – 2 cm	< 1 cm
Konsistensi	Kenyal	Rata-rata	Lunak	Lunak
Posisi	Posterior	Tengah	Anterior	Anterior
Penurunan Kepala	-3 (4/5)	-2 (3/5)	-1 (2/5)	+1,+2 (1/5)

Sumber: Manuaba, *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri dan Ginekologi*, 2009

Kehamilan lebih dari 37 mg, induksi dengan oksitosin. Bila gagal dapat dilakukan tindakan Seksio Caesaria atau dapat pula diberikan misoprostol 25

mikrogram – 50 mikrogram intravaginal tiap 6 jam max 4x. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Indikasi melakukan induksi pada ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

1. Pertimbangan waktu dan berat janin dalam rahim. Pertimbangan waktu apakah 6, 12, atau 24 jam. Berat janin sebaiknya lebih dari 2000 gram.
2. Terdapat tanda infeksi intra uteri. Suhu meningkat lebih dari 38°C, dengan pengukuran per rektal. Terdapat tanda infeksi melalui hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan kultur air ketuban

d. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis dalam kehamilan trimester III

Ibu hamil dalam masa kehamilannya akan ada perubahan pada seluruh tubuhnya, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (mammas).

Perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III antara lain, yaitu:

1) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

2) Serviks uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersama terjadinya *hipertropi* dan *hiperplasia* pada kelenjar-kelenjar serviks (Saifuddin, 2010).

3) Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan perkembangan janin. Pada usia kehamilan (UK) 40 minggu, fundus uteri akan turun kembali dan terletak 3 jari di bawah *proccesus xifoideus* (px). Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang turun dan masuk ke dalam rongga panggul. Ibu hamil primigravida penurunan bagian terendah janin dimulai dari UK \pm 36 minggu. Dan pada ibu hamil multigravida, penurunan bagian terendah janin terjadi pada saat proses persalinan. Pengukuran dengan teknik McD dilakukan untuk mengetahui taksiran berat badan janin (Bobak, dkk, 2005). Pemeriksaan palpasi abdomen (Leopold) dilakukan pada wanita hamil mulai dari UK 36 minggu untuk kehamilan normal, dan UK 28 minggu apabila pada pemeriksaan McD ditemukan TFU lebih tinggi dari seharusnya. Tujuan pemeriksaan palpasi adalah untuk mengetahui UK dan presentasi janin.

4) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak (Saifuddin, 2010).

5) Sistem Integumen

Perubahan keseimbangan hormon dan peregangan mekanis menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integumen dalam masa kehamilan. Kloasma adalah bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan aksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam. Kloasma yang timbul

pada wanita hamil biasanya hilang setelah melahirkan. *Linea nigra* adalah garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus garis tengah tubuh. Garis ini dikenal sebagai *linea alba* sebelum hiperpigmentasi di induksi hormon timbul. *Linea nigra* timbul pada semua wanita hamil dan hal ini merupakan sesuatu yang fisiologis (Bobak, dkk, 2005).

6) Sistem pernafasan

Pada kehamilan juga terjadi perubahan sistem pernafasan untuk dapat memenuhi kadar O₂. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Pada saat kehamilan ibu akan bernafas lebih dalam 20-25% dari biasanya (Manuaba, 2010).

7) Sistem perkemihan

Pada akhir kehamilan normalnya bagian terendah janin yaitu kepala sudah mulai turun ke pintu atas panggul sehingga keluhan ibu sering kencing akan timbul diakibatkan oleh tertekannya kandung kemih oleh bagian terendah janin (Romauli, 2011).

8) Perubahan sistem metabolisme

Terjadinya kehamilan metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi semakin tinggi untuk pertumbuhan janin dan dalam mempersiapkan pemberian ASI (Manuaba, 2010).

9) Perubahan sistem endokrin

Saat kehamilan akhir trimester III hormon oksitosin mulai meningkat sehingga menyebabkan ibu mengalami kontraksi. Oksitosin merupakan salah satu hormon yang sangat diperlukan dalam persalinan dan dapat merangsang kontraksi uterus ibu. Selain hormon oksitosin ada hormon prolaktin juga meningkat 10 kali

lipat saat kehamilan aterm. Hormon ini berfungsi untuk merangsang produksi kolostrum sejak trimester II dan berperan untuk merangsang produksi ASI pada saat persalinan (Saifuddin, 2011).

e. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Jumlah kalori yang dibutuhkan yaitu 2500 kalori perhari, seorang ibu hamil trimester III dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan energi sebesar 300-500 kalori. Pada trimester III ibu harus mengurangi asupan karbohidrat. Kebutuhan protein yang diperlukan ibu yaitu 85 gram perhari yang dapat diperoleh dari kacang-kacangan, ikan, keju, susu, telur. Kalsium yang diperlukan ibu hamil 1,5 gram per hari, jumlah zat besi 30 mg per hari, vitamin C 85 mg perhari. Cairan saat kehamilan menjadi meningkat, ibu hamil memerlukan cairan sebesar 1500-2000 ml (Saifuddin, 2011).

2) Personal *hygiene*

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktivitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara extra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh.

3) Eliminasi

Saat akhir kehamilan biasanya ibu hamil akan mengalami masalah-masalah eliminasi seperti konstipasi dan sering BAK. Konstipasi biasanya dipengaruhi oleh hormon progesteron yang memberikan efek rileks terhadap otot polos, salah satunya

yaitu otot usus dan juga terjadi karena adanya desakan usus oleh karena pembesaran janin sehingga menyebabkan terjadinya konstipasi (Asrinah dan Shinta, 2010).

4) Kebutuhan seksual

Kehamilan trimester III hubungan seksual supaya dilakukan dengan hati-hati karena dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi partus prematur, *fetal bradycardia* pada janin sehingga dapat menyebabkan *fetal distress* tetapi tidak berarti dilarang.

5) Exercise atau olahraga

Selama masa kehamilan olahraga dapat membantu tubuhnya siap untuk menghadapi kelahiran. Yang banyak dianjurkan pada trimester III jalan-jalan pagi hari untuk ketenangan dan relaksasi, yoga dan senam hamil.

f. Keluhan lazim pada kehamilan trimester III dan cara mengatasi

Keluhan yang lazim terjadi pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya (Pantikawati, 2010)

- 1) Sesak napas, cara mengatasinya yaitu dengan mengambil sikap tubuh yang benar, makan jangan terlalu kenyang dengan porsi kecil.
- 2) Kram pada kaki, cara mengatasinya dengan beristirahat yang cukup, selama kram kaki difleksikan.
- 3) Oedema, cara mengatasinya dengan minum yang cukup, istirahat dan pada saat tidur kaki ditinggikan atau di ganjal dengan bantal.
- 4) Varises, cara mengatasinya dengan istirahat dan kaki ditinggikan serta jangan terlalu lama berdiri.
- 5) Sering kencing, cara mengatasinya yakni dengan batasi minum sebelum tidur, jika kencing terasa sakit disertai nyeri segera datang ke pelayanan kesehatan.

6) Haemoroid, cara mengatasinya dengan banyak mengonsumsi makanan yang berserat seperti sayur dan buah agar feses tidak keras. Duduk jangan terlalu lama, posisi tidur miring, obat suppositoria atas indikasi dokter.

g. Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya terhadap kehamilan yang apabila tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi yang bahkan dapat menyebabkan kematian. Terdapat beberapa tanda bahaya pada kehamilan yaitu:

- 1) Muntah terus dan tidak bisa makan.
- 2) Demam tinggi.
- 3) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- 4) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 5) Pendarahan pada hamil muda dan hamil tua.
- 6) Air ketuban keluar sebelum waktunya.
- 7) Demam, menggigil dan berkeringat, bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria.
- 8) Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan.
- 9) Batuk lama (lebih dari 2 minggu).
- 10) Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada.
- 11) Diare berulang
- 12) Sulit tidur dan cemas berlebihan (Kemenkes RI, 2017).

h. Standar pelayanan ibu hamil

Standar pelayanan kesehatan ibu hamil menurut buku Kemenkes RI (2016b) meliputi 10 T. Pada kehamilan trimester III hanya dilakukan beberapa pemeriksaan yaitu:

1) Timbangan berat badan

Penimbangan Berat Badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pertambahan berat badan pada ibu hamil yang indeks masa tubuh normal yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI 2013a)

2) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, kemungkinan faktor risiko hipertensi.

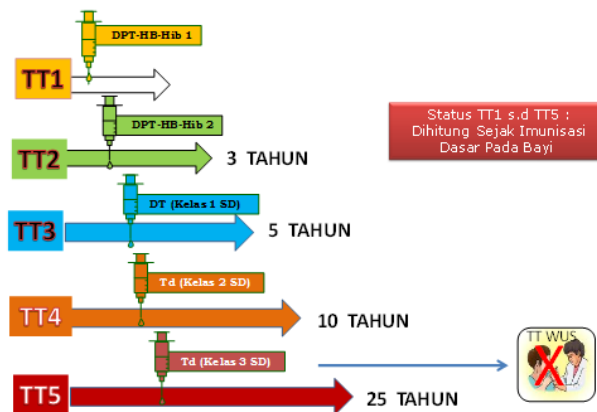
3) Pengukuran tinggi rahim

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

4) Penentuan letak janin (presentasi janin) dan denyut jantung janin

Pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120kali/menit atau lebih 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera lakukan rujukan.

5) Skrining dan memberikan imunisasi tetanus toksoid (TT)



Gambar 2: Jadwal Imunisasi Lanjutan Tetanus Neonatorum

Sumber: Buku Ajar Imunisasi, 2015 GAVI

6) Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

7) Tes laboratorium

Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila diperlukan, tes hemoglobin (Hb) untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah, pemeriksaan urin, pemeriksaan darah HIV, hepatitis, dan sifilis.

8) Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

9) Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan

Ini dilakukan jika ibu hamil memiliki masalah kesehatan pada saat hamil.

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2017).

b. Tahapan dalam persalinan

1) Kala I Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm berlangsung antara 6 hingga 8 jam. Fase aktif dengan tanda-tanda yang timbul antara lain: kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), menimbulkan rasa mulas dan nyeri pada ibu serta adanya penurunan bagian terbawah janin.

Asuhan persalinan kala I yaitu :

a) Mendiagnosis inpartu

Tanda- tanda yang harus diperhatikan dalam membuat diagnosis inpartu yaitu, penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan pembukaan serviks (minimal 2 kali dalam 10 menit), lendir bercampur darah.

b) Pemantauan his yang adekuat

Pemantauan his yang adekuat dilakukan dengan cara menggunakan jarum detik. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi, hitung jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit dan tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

c) Memberikan asuhan sayang ibu selama proses persalinan

Persalinan saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

d) Penapisan deteksi kemungkinan komplikasi gawat darurat kala I persalinan

Pemberian asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Selama anamnesis dan pemeriksaan fisik tetap waspada terhadap indikasi kegawatdaruratan. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

e) Persiapan perlengkapan, bahan dan obat yang diperlukan

Harus tersedia daftar perlengkapan, bahan dan obat yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi serta adanya serah terima antar petugas pada saat pertukaran waktu jaga. Setiap petugas harus memastikan kelengkapan dan kondisinya dalam keadaan aman dan siap pakai.

Selain asuhan di atas semua hasil observasi pada proses persalinan kala I dapat di dokumentasikan sebagai berikut: pemantauan kemajuan persalinan pada kala I fase laten digunakan lembar observasi, dan pada kala I fase aktif digunakan partograf untuk mengetahui kesejahteraan janin, kesejahteraan ibu, serta kemajuan persalinan.

c. Tanda gejala persalinan

Sebelum terjadinya persalinan, adapun tanda-tanda persalinan yaitu: Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek (minimal 2 kali dalam 10 menit), terjadi pengeluaran pervaginam yaitu pengeluaran lendir atau pengeluaran lendir bercampur darah. Pada pemeriksaan dalam terdapat perubahan serviks yaitu: pelunakan serviks, pendataran serviks dan terjadinya pembukaan serviks (JNPK-KR, 2017)

d. Perubahan fisiologis selama proses persalinan

Selama persalinan terjadi perubahan fisiologis pada ibu antara lain:

1) Perubahan uterus

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi sebagai berikut:

- a) Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen.

b) Segmen atas rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

SAR dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar. SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan (Kurniarum, A, 2016).

2) Perubahan bentuk rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang.

3) *Faal ligamentum rotundum*

Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi dari *ligamentum rotundum*, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik keatas.

4) Perubahan serviks

Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. Segmen bawah rahim, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

5) Perubahan pada sistem urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk pintu atas panggul (PAP) dan menyebabkan kandung

kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada ibu bersalin mungkin tidak menyadari kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin.

6) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Saat kepala sampai divulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang meninjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.

7) Perubahan sistem kardiovaskuler

Selama persalinan curah jantung meningkat 40% sampai 50% dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100% dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistole 15 mmHg dan kenaikan diastole 5-10 mmHg, diantara kontraksi tekanan darah kembali pada level sebelum persalinan.

8) Perubahan pada sistem pernafasan

Dalam persalinan ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik.

e. Kebutuhan dasar selama persalinan

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi atau perasaan maupun fisik. Asuhan yang mendukung selama persalinan sangat penting dalam proses persalinan. Kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Saifuddin, (2009) adalah:

1) Memberikan dukungan emosional

Bidan harus melibatkan keluarga khususnya suami dalam memberikan dukungan emosional. Mengajak suami dan keluarga untuk memijat punggung, menyeka wajah ibu dengan air hangat serta menciptakan suasana aman dan nyaman, mendampingi selama persalinan.

2) Membantu mengatur posisi

Informasikan dan bimbing ibu untuk menemukan posisi yang nyaman selama persalinan. Ibu dapat memilih posisi senyaman mungkin selama masih memungkinkan.

3) Kebutuhan akan makan dan cairan

Mencukupi kebutuhan dan kalori dengan makanan dan minuman yang mudah diserap.

4) Kebutuhan eliminasi

Menganjurkan ibu bersalin untuk berkemih minimal setiap 2 jam. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terendah janin.

5) Mengurangi rasa nyeri

Meredakan ketegangan pada ligament *sakroiliaka* dapat dilakukan dengan melakukan penekanan pada kedua sisi pinggul, melakukan kompres hangat, maupun dengan pemijatan.

f. Lima benang merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah menurut JNPK-KR (2017) antara lain:

1) Membuat keputusan klinik

Dalam membuat keputusan klinik terdapat empat langkah penting yang harus dilakukan yaitu pengumpulan data, interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah, menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah, dan memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Adapun prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan tersebut terdiri dari asuhan sayang ibu dalam proses persalinan dan asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan.

3) Pencegahan infeksi

Prinsip – prinsip pencegahan infeksi yaitu setiap orang (ibu , bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala), setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi, dan risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten. Definisi tindakan-tindakan dalam pencegahan infeksi yang

bisa diterapkan meliputi, aseptis atau teknik aseptic, antiseptis, dekontaminasi, mencuci dan membilas, disinfeksi, disinfeksi tingkat tinggi (DTT), dan sterilisasi.

4) Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Tujuan dari pencatatan rekam medik yaitu dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, sebagai tolak ukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik, sebagai catatan permanen tentang asuhanm perawatan dan obat yang diberikan, dan dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya. Dalam memberikan asuhan atau perawatan adapun aspek-aspek penting dalam pencatatan adalah tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan, identifikasi penolong persalinan, paraf atau tanda tangan pada semua catatan, mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Persiapan rujukan yang penting di ingat dalam melakukan rujukan untuk ibu dan bayi yaitu BAKSOKUDAPONI (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, Donor darah, Posisi, dan Nutrisi).

g. Persalinan *Sectio Caesarea*

1) Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah jenis persalinan dengan tindakan yang membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. SC merupakan persalinan buatan yang melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan

dinding uterus dengan syarat uterus dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 gram (Oxorn, dkk, 2010).

2) Indikasi *Sectio Caesarea*

Operasi SC dilakukan jika persalinan pervaginam dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin, dengan pertimbangan proses persalinan normal lama/kegagalan dalam proses persalinan normal (Mochtar, 2012). Indikasi SC pada ibu meliputi, disproporsi kepala panggul (CPD), ancaman rupture uteri, partus lama (*prolong labor*), tidak ada kemajuan/kemajuan persalinan normal terbatas, preeklampsia dan hipertensi, induksi persalinan gagal. Sedangkan indikasi SC pada janin yaitu, janin besar, gawat janin, kelainan letak janin, hidrocephalus (Oxorn, dkk, 2010).

3) Jenis sayatan SC

- a) Sayatan memanjang (longitudinal), merupakan insisi vertikal digaris median yang dilakukan apabila insisi segmen bawah rahim tidak memungkinkan misalnya akibat ada tumor di segmen bawah rahim ataupun infeksi (Oxorn, dkk, 2010).
- b) Sayatan melintang (transversal, merupakan insisi melintang pada segmen bawah rahim dimulai dari ujung pinggir symphysis diatas batas rambut sepanjang 10 – 14 cm (Oxorn, dkk, 2010).

4) Persiapan sebelum dilakukan *section caesarea* (Pre-operasi)

Menurut Saifuddin (2009), persiapan yang dilakukan sebelum tindakan *section caesarea* yaitu :

- a) Kaji ulang indikasi, periksa kembali apakah persalinan pervaginam tidak memungkinkan.

- b) Melakukan *informed consent* kepada suami atau salah satu keluarga pasien untuk melengkapi surat persetujuan tindakan medis.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan sebelum dilakukan *section caesarea*
- d) Persiapan diet atau puasa dan persiapan kulit
- e) Pemenuhan cairan
- f) Pemasangan kateter
- g) Pemberian antibiotik.
- 5) Perawatan pasca operasi *section caesarea*

Menurut Rasjidi (2009), pasien pasca operasi perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

- a) Ruang pemulihan di ruang pemulihan, pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan.
- b) Ruang perawatan beberapa prosedur yang dilakukan di ruang perawatan adalah monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri dan suhu tubuh), pemberian analgesik, mengurangi rasa nyeri dengan teknik pengurangan rasa nyeri, terapi cairan dan makanan, pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus, ambulasi, perawatan luka dan menyusui.

h. Pemeriksaan Kardiotokografi

1) Pengertian

Kardiotokografi (KTG) adalah seperangkat alat elektronik yang dapat dipergunakan dalam memantau kesejahteraan janin melalui penilaian denyut jantung janin (DJJ), kontraksi uterus dan gerak janin dalam waktu bersamaan.

Kesejahteraan janin menggambarkan kecukupan oksigenasi dan pertumbuhan janin yang baik, kesehatan ibu dan volume cairan amnion yang cukup.

2) Indikasi Pemeriksaan KTG

Beberapa keadaan yang memerlukan pemantauan dengan kardiotokografi (KTG) misalnya pertumbuhan janin terhambat (PJT), gerakan janin berkurang, kehamilan post-term (≥ 42 minggu), preeklampsia/hipertensi kronik, diabetes mellitus prakehamilan, DM yang memerlukan terapi insulin, ketuban pecah pada kehamilan preterm, dan suspek solusio plasenta.

3) Hasil Pemeriksaan Kardiotokografi

Hasil yang akan muncul dari pemeriksaan kehamilan ini adalah reaktif atau non reaktif, yaitu :

a) Reaktif

- (1) Denyut jantung basal antara 120-160 kali per menit
- (2) Variabilitas denyut jantung 6 atau lebih per menit
- (3) Gerakan janin terutama gerakan multipel dan berjumlah 5 gerakan atau lebih dalam 20 menit
- (4) Reaksi denyut jantung terutama akselerasi pola "omega" pada NST yang reaktif berarti janin dalam keadaan sehat, pemeriksaan diulang 1 minggu kemudian

b) Non Reaktif

- (1) Denyut jantung basal 120-160 kali per menit
- (2) Variabilitas kurang dari 6 denyut /menit
- (3) Gerak janin tidak ada atau kurang dari 5 gerakan dalam 20 menit
- (4) Tidak ada akselerasi denyut jantung janin meskipun diberikan rangsangan dari luar

4. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

b. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Involusi

Involusi uteri adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan sehingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram (Maryunani, 2015).

Tabel 2

TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Waktu	TFU	Bobot Uterus
2 jam postpartum	2 jari bawah pusat	1000 gram
6 hari	Pertengahan pusat simfisis pubis	500 gram
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram
42 hari (6 minggu)	Normal	60 gram

(Sumber: Bobak, dkk, 2005).

2) *Lochea*

Lochea adalah cairan sekret yang keluar melalui vagina dan mengandung sisa jaringan uterus atau bagian nekrotik (Maryunani, 2015).

a) *Lochea rubra*, *lochea* yang keluar pada hari ke 1-3 setelah proses persalinan, berwarna merah terang sampai merah tua yang mengandung jaringan desidua.

- b) *Lochea sanguinolenta*, yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir yang berlangsung dari hari keempat - ketujuh postpartum.
- c) *Lochea serosa*, adalah pengeluaran secret pada hari ke 7-14 yang berwarna merah kecoklatan sampai kekuning-kuningan dan mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit serta eritrosit.
- d) *Lochea alba*, dimulai pada hari ke 14 kemudian semakin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, *ostium uteri eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup (Astutik, 2015).

4) Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami (Ambarawati dan Diah, 2010).

c. Perubahan psikologis pada masa nifas

Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yaitu dalam memasuki peran menjadi seorang ibu, seorang wanita mengalami masa adaptasi psikologis yang terbagi dalam fase-fase berikut:

- 1) *Fase taking in*, merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

- 2) *Fase taking hold*, fase ini berlangsung mulai hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas. Pada fase ini merupakan saat yang tepat untuk memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi ataupun perawatan masa nifas sehingga ibu nifas memiliki rasa percaya diri untuk merawat dan bertanggungjawab atas bayinya.
- 3) *Fase letting go*, fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas ataupun saat ibu nifas sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu sudah bisa menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggungjawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayinya secara mandiri serta bertanggungjawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat.

d. Kebutuhan ibu selama masa nifas

Kebutuhan ibu yang diperlukan pada masa nifas menurut Astutik, (2015), yaitu:

1) Kebutuhan gizi ibu nifas

Kebutuhan kalori pada masa menyusui bertambah sekitar 400-500 kalori. Ibu nifas sebaiknya jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh. Kebutuhan cairan pada masa nifas sebanyak 8 gelas perhari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Ibu nifas perlu mengkonsumsi tablet zat besi minimal 40 hari pasca persalinan serta kebutuhan konsumsi vitamin A 200.000 unit segera setelah melahirkan dan pada hari kedua jarak minum kapsul pertama dengan kedua minimal 24 jam.

2) Mobilisasi

Pada masa nifas, ibu nifas sebaiknya melakukan ambulasi dini (*early ambulation*) yakni segera bangun dari tempat tidur dan bergerak. *Early ambulation* sangat penting dalam mencegah thrombosis vena selain itu juga melancarkan

sirkulasi darah. Keuntungan melakukan *early ambulation* yaitu ibu merasa lebih sehat dan kuat, memperbaiki fungsi usus, mempermudah mengajari ibu perawatan bayi baru lahir dan mencegah terjadinya trombosis pada pembuluh tungkai.

3) Eliminasi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secara spontan atau mandiri. Buang air kecil yang normal pada masa nifas adalah 3- 4 jam. Buang air besar normal sekitar 3-4 hari masa nifas. Setelah melahirkan ibu, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan untuk buang air besar. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan berserat dan minum yang cukup.

4) Kebersihan diri

Membersihkan daerah vulva dari depan kebelakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air. Mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin, menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.

5) Istirahat

Setelah melahirkan ibu merasa lelah sehingga memerlukan istirahat yang cukup yaitu sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

e. Standar pelayanan pada ibu nifas

Pelayanan nifas yang diperoleh menurut Kemenkes RI (2016b), asuhan yang dapat dilakukan pada masa nifas yaitu :

1) Pertama : 6 jam- 3 hari setelah melahirkan.

Pelayanan ini diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Pemberian asuhan yang tepat yaitu saat 6 jam setelah ibu melahirkan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan luka jahitan bekas

operasi, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, pemberian kapsul vitamin A dua kali setiap 24 jam sekali, minum tablet tambah darah satu tablet setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan (Kemenkes RI, 2016).

2) Kedua : hari ke 4-28 hari setelah melahirkan.

Kunjungan ibu nifas (KF 2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu), pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah, dan pelayanan kontrasepsi pasca salin.

3) Ketiga : hari ke 29-42 hari setelah melahirkan.

Kunjungan ibu nifas (KF 3) diberikan pada hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan sama dengan asuhan KF2. Asuhan yang diberikan pada ibu nifas menurut Kemenkes RI (2016b) meliputi:

- a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan dan nadi
- c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir, kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- e) Pemeriksaan payudara dan anjurkan pemberian ASI eksklusif
- f) Pemberian kapsul vitamin A
- g) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- h) konseling
- i) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.

f. Perawatan nifas post *section caesarea*

Perawatan *post section caesarea* sangat di perlukan untuk mengembalikan kondisi kebugaran tubuh seperti sedia kala. Setelah pasca operasi, ada hal-hal yang perlu diperhatikan karena pada tahap ini ibu sangat rentan terhadap infeksi akibat perlukaan karena persalinan. Dengan memberikan asuhan dan pemantauan khusus pada ibu pasca operasi maka kemungkinan terjadinya infeksi pada klien lebih rendah. Adapun perawatan post SC yang harus dilakukan oleh bidan yaitu diantaranya:

- 1) Pemberian cairan intravena, kebutuhan cairan intravena termasuk darah selama dan setelah seksio sangat bervariasi. Cairan yang diberikan secara intravena terdiri dari larutan Ringer Laktat atau larutan sejenis dan Dekstrosa 5%. Biasanya diberikan dalam 1-2 liter cairan yang mengandung elektrolit seimbang selama dan segera setelah operasi.
- 2) Ruang pemulihan, di ruang pemulihan jumlah perdarahan dari vagina harus dipantau dengan ketat, dan fundus harus sering diperiksa dengan palpasi, dengan palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi kuat. Balutan tebal dengan banyak plester dapat mengganggu palpasi dan pemijatan fundus serta menimbulkan rasa tidak nyaman kemudian saat plester, dan mungkin kulit diangkat. Setelah ibu sadar penuh, perdarahan minimal, tekanan darah memuaskan, dan aliran urine paling tidak 30 ml per jam, pasien dapat dipulangkan ke kamarnya.
- 3) Pemberian analgesik (Anti nyeri), untuk ibu dengan ukuran tubuh rata-rata, diberikan meperidin 75 mg atau morfin 10 mg secara intramuskulus sampai sesering tiap 3 jam untuk menghilangkan rasa nyaman. Jika bertubuh kecil, mungkin diperlukan meperidin 50 mg atau jika besar 100 mg. Suatu antiemetik

(misalnya prometazin 25 mg) biasanya diberikan bersama narkotik. Metode pemberian analgetik lainya misalnya pemberian narkotik epidural pasca partum atau analgesik yang dikontrol oleh pasien sedang dievaluasi dengan hasil awal yang menjajikan

- 4) Pemantauan tanda vital, tekanan darah, nadi, jumlah urin dan fundus uteri diperiksa paling tidak setiap jam selama 4 jam.
- 5) Terapi cairan dan makanan, secara umum 3 liter cairan, termasuk Ringer Laktat adekuat untuk pembedahan dan 24 jam pertama sesudahnya. Namun, jika pengeluaran urine kurang dari 30 ml per jam, pasien harus segera dievaluasi kembali. Penyebab *oligouria* dapat beragam mulai dari pengeluaran darah yang tidak diketahui sampai efek *antidiuretik* infus oksitosin. Jika tidak terjadi manipulasi intra-abdomen yang ekstensi atau sepsis, ibu yang mampu menerima cairan per oral sehari setelah pembedahan. Jika tidak mampu, cairan intravena dilanjutkan atau diulang. Pada hari kedua setelah pembedahan sebagian besar ibu dapat menerima makan biasa.
- 6) Kandung kemih dan usus, kateter umumnya dapat dilepas dari kandung kemih 24 jam setelah operasi atau pagi hari setelah operasi. Kemampuan ibu mengosongkan kandung kemihnya sebelum terjadi peregangan yang berlebihan harus dipantau seperti pada persalinan pervaginam. Bising usus biasanya tidak terdengar pada hari pertama pembedahan, samar-samar pada hari kedua, dan aktif pada hari ketiga. Pada hari kedua dan ketiga pasca operasi, dapat timbul nyeri gas akibat gerakan usus yang tidak terkoordinasi. *Supositoria rektum* biasanya dapat memicu defekasi, jika tidak ibu harus diberi anema.

- 7) Ambulasi, umumnya sehari setelah pembedahan pasien harus sudah turun dari tempat tidur dengan bantuan paling tidak dua kali. Lama waktu ambulasi *Post SC* dengan general anestesi dan regional anestesi cenderung sama. Selisih rata-rata lama waktu ambulasi dini hanya 2 jam 40 menit (Solikhah, 2011).
- 8) Pemeriksaan Laboratorium, hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Hematokrit diperiksa lebih dini jika terjadi pengeluaran darah berlebihan atau terjadi oliguria atau tanda-tanda yang lain yang mengisyaratkan *hipovolemia*. Jika hematokrit menurun secara signifikan dari kadar praoperasi, pemeriksaan diulang, dan dilakukan penelitian untuk menentukan penyebab penurunan tersebut. Jika hematokrit yang rendah itu tetap stabil, ibu yang bersangkutan tersebut dapat pulang tanpa kesulitan.
- 9) Perawatan Payudara, menyusui dapat dimulai sehari setelah pembedahan. Jika ibu yang bersangkutan memilih untuk tidak menyusui karena ada hal lain, maka pemakaian penyangga payudara yang tidak menekan biasanya dapat mengurangi rasa tidak nyaman.
- 10) Pemulangan dari Rumah Sakit, ibu dapat dipulangkan dengan aman pada hari keempat atau kelima pasca persalinan, kecuali jika terjadi penyulit selama masa nifas. Aktifitas ibu selama minggu berikutnya harus dibatasi pada perawatan diri dan bayinya dengan bantuan.
- 11) Pemberian Antimikroba *Profilaksis*, memberikan dosis antimikroba *spektrum* luas, misalnya sefalosporin atau penisil spektrum luas. Regimen sama efektif dan pemilihan anti mikroba harus mempertimbangkan beberapa hal, yaitu: alergi pasien, ketersediaan obat, biaya dan kebiasaan dokter memakai obat yang bersangkutan.

g. Keluarga berencana

Keluarga berencana ada upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (BKKBN, 2014). Jenis-jenis alat kontrasepsi yaitu :

- a) Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu secara eksklusif.
- b) Kontrasepsi suntikan, terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang mengandung
- c) progestin, yaitu suntik 3 bulan yang mengandung 150 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan suntik 1 bulan yang mengandung 200 mg Noretindron enantat.
- d) Implan adalah metoda kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai 5 tahun.
- e) AKDR adalah alat kontrasepsi yang masuk kedalam rahim. Cara kerja dari AKDR adalah mencegah terjadinya pembuahan dan mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba fallopii.
- f) Kondom, kondom adalah suatu selubung karet yang dipasang pada penis atau pada vagina.

5. Bayi baru lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500 gram- 4000 gram (Armini, Sriasih, Marhaeni, 2017).

b. Tanda bayi baru lahir

Berikut tanda bayi baru lahir normal menurut Kemenkes RI (2016b), yaitu:

- 1) Bayi baru lahir langsung menangis
- 2) Tubuh bayi kemerahan
- 3) Bayi bergerak aktif
- 4) Berat lahir 2500 sampai 4000 gram
- 5) Bayi menyusu dengan kuat dari payudara ibu

c. Asuhan bayi baru lahir

Menurut Kemenkes RI (2016b) pelayanan essensial pada bayi baru lahir yaitu:

- 1) Jaga bayi tetap hangat
- 2) Bersihkan jalan napas
- 3) Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
- 4) Melakukan perawatan tali pusat
- 5) Segera melakukan IMD
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah IMD
- 8) Beri imunisasi HB 0 0,5 ml intramuskular dipaha kanan anterolateral diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1
- 9) Pemberian identitas
- 10) Anamnesis dan pemeriksaan fisik

d. Asuhan bayi satu jam pertama

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir pada 1 jam pertama yaitu pengukuran berat badan, lingkaran kepala, lingkaran dada dan panjang badan. Selain itu

juga dilakukan perawatan tali pusat, memakaikan bayi pakaian lengkap agar bayi tetap hangat, pemberian salep mata dan pemberian vitamin K 1 mg.

e. Asuhan bayi enam jam pertama

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir pada 6 jam pertama yaitu pemeriksaan fisik lengkap mulai dari pengukuran tanda-tanda vital, lingkaran kepala, lingkaran dada, panjang badan, hingga pemeriksaan dari kepala sampai kaki. Selain itu, ibu juga dianjurkan untuk menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi serta memadikan bayi apabila suhu tubuh normal (JNPK-KR, 2017).

f. Tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Kemenkes RI (2016b) tanda bahaya bayi baru lahir yaitu :

- 1) Tidak mau menyusui, kejang-kejang dan lemah
- 2) Sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/ menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
- 3) Bayi merintih atau menangis terus menerus
- 4) Tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah
- 5) Demam atau panas tinggi
- 6) Mata bayi bernanah dan diare atau buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
- 7) Kulit dan mata bayi kuning

6. Neonatus

a. Pengertian

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini berusia 0-7 hari dan neonatus lanjut berusia 8-28 hari (Muslihatun, 2010).

b. Standar pelayanan pada neonates

Menurut Kemenkes RI (2016b), memaparkan pelayanan yang dapat diberikan untuk neonatus yaitu :

1) KN 1 pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir

Kunjungan neonatal 1 (KN1) dilakukan dari enam jam sampai dua hari setelah kelahiran bayi. Asuhan yang diberikan oleh bidan meliputi menjaga agar bayi tetap hangat dan kering, menilai penampilan bayi secara umum, pernapasan, denyut jantung dan suhu badan penting untuk diawasi selama enam jam pertama, memeriksa adanya cairan atau bau busuk pada tali pusat, menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering serta pemantauan pemberian ASI awal.

2) KN 2 pada hari ke-3 sampai 7 hari

Kunjungan neonatal 2 (KN) Dilakukan pada hari ketiga sampai hari ketujuh setelah persalinan. Asuhan yang dilakukan meliputi pemantauan keadaan umum, menyusui, tanda infeksi tali pusat, tanda-tanda vital, berat badan, panjang badan.

3) KN 3 pada hari ke-8 sampai 28 hari

Kunjungan neonatal 3 (KN3) dilakukan pada delapan sampai 28 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang dilakukan bidan yaitu melakukan pemantauan pemenuhan ASI; memastikan imunisasi yang harusnya telah didapatkan meliputi BCG, polio 1, hepatitis B; keadaan tali pusat, berat badan dan panjang badan.

7. Bayi umur 29 hari hingga 42 hari

1) Pertumbuhan

a) Berat badan (BB) dan panjang badan (PB)

Tujuan dan pengukuran BB atau TB adalah untuk menemukan status gizi anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk. Ukuran panjang lahir normal 48-

52 cm. Kebanyakan bayi baru lahir akan kehilangan 5-10% berat badannya selama beberapa hari kehidupannya karena urin, tinja, dan cairan diekskresi melalui pruparu dan karena asupan bayi sedikit. Bayi memperoleh berat badannya semula pada hari ke 10-14. Bayi umur 1 bulan kenaikan berat badan minimal (800 gram), 2 bulan (900 gram) (Kemenkes RI, 2011).

b) Lingkar kepala

Tujuan dari pengukuran lingkar kepala anak adalah untuk mengetahui batas lingkar kepala anak dalam batas normal atau dibawah batas normal. Ukuran lingkar kepala normal bayi yaitu 33-37 cm, jadwal pemeriksaan disesuaikan dengan umur anak.

c) Imunisasi

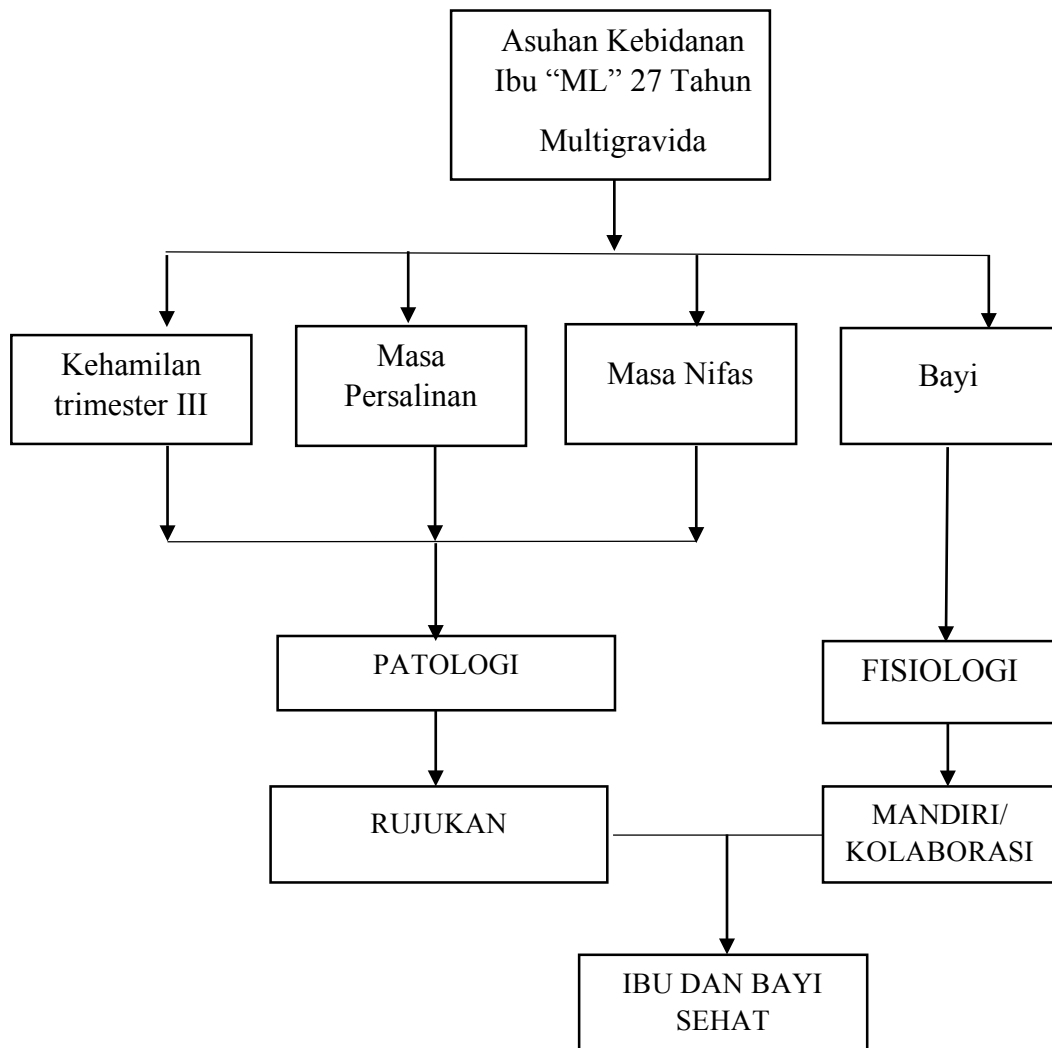
Imunisasi adalah suatu tindakan atau usaha pemberian perlindungan (kekebalan pada tubuh bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah suatu penyakit tertentu. Adapun imunisasi diberikan adalah; hepatitis B, BCG, Polio (Kemenkes RI, 2016).

2) Perkembangan

Perkembangan bayi 1 bulan meliputi perkembangan motorik kasar yaitu tangan dan kaki bergerak aktif, perkembangan motorik halus yaitu kepala bayi dapat menoleh ke samping. Dalam perkembangan komunikasi atau bahasa yaitu bayi mulai bereaksi terhadap bunyi lonceng, perkembangan sosial dan kemandirian yaitu bayi dapat menatap wajah ibu atau pengasuh (Kemenkes RI, 2015).

7. Kerangka Konsep

Kerangka konsep asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:



Gambar 2. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Ibu ML Umur 27 Tahun Multigravida Dengan Anemia Ringan Pada Usia Kehamilan 39 Minggu 5 Hari Sampai 37 Hari Masa Nifas