

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Bidan dan asuhan kebidanan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang memiliki tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat (IBI, 2016).

Asuhan kebidanan adalah prosedur tindakan yang dilakukan bidan sesuai dengan wewenang dalam lingkup prakteknya berdasarkan ilmu kebidanan dengan memperhatikan pengaruh sosial budaya, psikologis, emosional, spiritual serta hubungan interpersonal dan mengutamakan keamanan ibu, janin dan penolong serta kebutuhan klien (Heryani, 2011).

Bidan dalam memberikan pelayanan harus menerapkan standar asuhan kebidanan yang telah diatur dalam KEPMENKES No. 938/MENKES/SK/VII/2007. Standar tersebut adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkungannya. Standar asuhan kebidanan ini dibagi menjadi enam standar yaitu :

a. Standar I (Pengkajian)

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

b. Standar II (Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan)

Bidan menganalisis data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan suatu diagnosis dan masalah kebidanan yang tepat.

c. Standar III (Perencanaan)

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis dan masalah yang telah ditegakkan.

d. Standar IV (Implementasi)

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

e. Standar V (Evaluasi)

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

f. Standar VI (Pencatatan Asuhan Kebidanan)

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang disediakan (rekam medis/ KMS/ status pasien/ buku KIA), ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan).

2. Kehamilan Trimester III

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses alami yang dapat terjadi pada seorang perempuan diawali dari proses fertilisasi atau bersatunya spermatozoa dengan ovum yang kemudian berkembang menjadi zigot dan kemudian bernidasi dalam uterus. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (berlangsung selama 12 minggu), triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (berlangsung selama 15 minggu), triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (berlangsung selama 13 minggu) (Saifuddin, 2011). Kehamilan merupakan suatu mata rantai berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi lalu pertemuan sel telur dengan sperma sehingga terjadilah pembuahan dan pertumbuhan hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2014).

b. Perubahan fisiologis dalam kehamilan trimester III

1) Uterus

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram. Pada kehamilan 28 minggu, fundus uteri terletak kira – kira 3 jari diatas pusat. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali dan terletak kira – kira 3 jari dibawah *prossesus xipoideus*. Hal ini disebabkan oleh kepala janin turun dan masuk ke dalam rongga panggul (Nugroho, 2014).

2) Serviks

Pada trimester III terjadi penurunan konsentrasi kolagen, hal ini menyebabkan melunaknya serviks. Selain itu terdapat proses *remodelling*,

proses tersebut berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm dan kemudian proses destruksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan (Saifuddin, dkk., 2010).

3) Vagina dan Vulva

Hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiru – biruan. Selama hamil, pH sekresi vagina menjadi lebih asam sehingga rentan terhadap infeksi (Nugroho, 2014).

4) Sistem Respirasi

Volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengembalian oksigen per menit akan mengalami penambahan secara signifikan pada kehamilan lanjut, sehingga memungkinkan pencampuran gas dan oksigen meningkat 20%. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali seperti sebelu hamil dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2010).

5) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan fisiologis sirkulasi darah pada kehamilan trimester III yaitu terjadi proses hemodilusi. Proses ini mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 sampai 34 minggu. Eritroprotein pada ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20-30% yang tidak sebanding dengan peningkatan volume plasma, hal inilah yang menyebabkan terjadinya hemodilusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin dari 15 gr/dl, kemungkinan terjadi defisiensi zat besi yan dikarenakan kurang tercukupinya kebutuhan zat besi bagi ibu dan janin selama kehamilan (Saifuddin, 2012).

6) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul kembali seperti pada bulan pertama kehamilan. Ini disebabkan akibat uterus yang mulai membesar (Sarwono Prawirohardjo, 2011)

7) Sistem Muskuloskeletal

Pembesaran uterus menyebabkan perubahan pada kurva tulang belakang. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Mobilisasi sendi menyebabkan rasa tidak nyaman di bagian bawah punggung seperti rasa pegal, mati rasa dan lemah (Nugroho, dkk., 2014).

8) Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen dan progesteron. Hormon somatomammotropin mempengaruhi sel asinus dan menimbulkan perubahan dalam sel – sel sehingga payudara disiapkan untuk laktasi (Nugroho, dkk., 2014).

c. Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III

Pada kehamilan trimester III, perubahan psikologi pada ibu hamil semakin kompleks karena kehamilan yang semakin membesar. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya tidak bagus. Selain itu, perasaan sedih muncul karena ibu akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus dari yang

diterimaselama hamil. Emosi ibu menjadi tidak terkontrol akibat perasaan khawatir, rasa takut akan persalinan (Nugroho, dkk., 2014)).

d. Anemia pada kehamilan

1) Pengertian anemia

Anemia adalah keadaan massa eritrosit dan/atau massa hemoglobin yang beredar tidak dapat memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi jaringan tubuh. Diagnosis anemia dalam kehamilan ditegakkan bila kadar hemoglobin (Hb) < 11 g/dl (7,45 mmol/L) dan hematokrit <0,33 (Manuaba, 2010).

Anemia selama kehamilan biasanya lebih berhubungan dengan defisiensi zat besi yang diabsorpsi dari makanan dan cadangan dalam tubuh, biasanya tidak mencukupi kebutuhan ibu selama kehamilan sehingga penambahan asupan zat besi dan asam folat dapat membantu mengembalikan kadar hemoglobin. Kebutuhan zat besi selama kehamilan lebih kurang 1000 mg atau rata-rata 6-7 mg/hari (Saiffudin, 2014).

2) Klasifikasi anemia dalam kehamilan

Klasifikasi anemia menurut (Proverawati, 2011) yaitu sebagai berikut :

a) Anemia defisiensi zat besi

Defisiensi zat besi adalah penyebab anemia yang sering terjadi pada ibu hamil. Gejala yang ditimbulkan antara lain keletihan ringan sampai palpitasi yang berpotensi membahayakan dan sesak nafas. Mineral besi terdapat di semua sel dan berfungsi untuk membawa oksigen dari paru ke jaringan dalam bentuk hemoglobin (Hb). Kebutuhan zat besi bertambah sejalan perkembangan janin selama kehamilan. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk

meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah janin dan plasenta. Cadangan zat besi minimal maka setiap kehamilan akan menguras persediaan besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan.

b) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik disebabkan oleh defisiensi asam folat atau vitamin B12. Defisiensi asam folat dihubungkan dengan status nutrisi dan sosio-ekonomi, dan menyebabkan komplikasi dalam kehamilan. Defisiensi asam folat sering dialami dalam kehamilan, khususnya di negara berkembang, dan terutama disebabkan oleh asupan dalam makanan yang tidak mencukupi.

3) Diagnosis anemia dalam kehamilan

Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau hemoglobin. Diagnosis anemia pada kehamilan yaitu kadar Hb < 11 g/dl pada trimester I dan III atau < 10,5 g/dl pada trimester II. Adapun faktor predisposisi terjadinya anemia pada ibu hamil yaitu diet rendah zat besi dan asam folat (Vitamin B12), kelainan *gastrointestinal*, penyakit kronis, dan riwayat keluarga (Kemenkes RI, 2013).

World Health Organization mendefinisikan anemia pada ibu hamil yaitu kondisi ibu dengan kadar Hb < 11 g/dl. Anemia pada ibu hamil dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a) Tidak anemia : Hb \geq 11 g/dl
- b) Anemia ringan : Hb 10-10,9 g/dl
- c) Anemia sedang : Hb 7-9,9 g/dl
- d) Anemia berat : Hb < 7 g/dl

4) Patofisiologis anemia pada kehamilan

Darah bertambah banyak dalam kehamilan, akan tetapi bertambahnya sel-sel darah lebih sedikit dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*). Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologis dalam kehamilan. Proses ini mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 sampai 34 minggu (Saifuddin, 2014).

5) Faktor risiko anemia pada ibu hamil

a) Faktor risiko pada kehamilan

Dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD) (Manuaba, 2010).

b) Faktor risiko pada persalinan

Gangguan His (kekuatan mengejan), kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi, kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan antonia uteri (Manuaba, 2010).

c) Faktor risiko pada masa nifas

Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).

d) Faktor risiko pada janin

Terjadinya anemia dapat mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk abortus, kematian janin intrauterin (IUFD), persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, terjadi cacat bawaan, bayi mudah terkena infeksi sampai kematian perinatal (Manuaba, 2010).

6) Tanda dan gejala dampak anemia pada kehamilan

Tanda dan gejala anemia meliputi pucat pada membran mukosa, keletihan, pusing, sakit kepala, nafas dangkal, peningkatan frekuensi jantung (takikardia), penurunan nafsu makan, dan palpitasi. Dampak anemia terhadap ibu selama kehamilan diantaranya ibu menjadi lemah, tidak berenergi, kelelahan, penurunan kinerja, sulit bernafas, peningkatan curah jantung. Dampak anemia terhadap janin diantaranya bayi prematur, bayi kecil untuk usia gestasi/*Intrauterin Growth Retardation* (IUGR), peningkatan mortalitas perinatal (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

7) Pencegahan Anemia Pada Kehamilan

Nutrisi yang baik adalah cara terbaik untuk mencegah terjadinya anemia jika sedang hamil. Makan makanan yang tinggi kandungan zat besi (seperti sayuran berwarna hijau, asupan vitamin C seperti buah jeruk dan tomat, daging merah dan kacang tanah) dapat membantu memastikan bahwa tubuh menjaga pasokan besi yang diperlukan untuk berfungsi dengan baik. Pemberian vitamin untuk memastikan bahwa tubuh memiliki cukup zat besi dan asam folat. Pastikan tubuh mendapatkan setidaknya 27 mg zat setiap

hari. Jika mengalami anemia selama kehamilan, biasanya dapat diobati dengan mengonsumsi suplemen zat besi. Pastikan bahwa wanita hamil diperiksa pada kunjungan pertama kehamilan untuk pemeriksaan anemia (Proverawati dan Atikah, 2011).

e. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil dengan anemia yaitu dengan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang – kacang, dan tempe). Makan sayur – sayuran dan buah – buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, daun singkok, bayam, jambu, tomat, dan jeruk) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat dalam usus. (Fikawati, Syafiq, dan Karima, 2015).

2) Kebutuhan oksigen

Seorang ibu hamil biasanya sering mengeluh mengalami sesak nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma yang tertekan akibat semakin membesarnya uterus sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat hingga 20%. Sebaiknya ibu hamil menghindari tempat yang ramai dan sesak karena akan mengurangi suplai oksigen (Nugroho, dkk., 2014).

3) Pakaian

Pakaian untuk ibu hamil dianjurkan pakaian yang longgar dan terbuat dari katun sehingga mempunyai kemampuan menyerap keringat, gunakan bra

yang menyokong payudara, pakaian harus bersih dan tidak ada ikatan di daerah perut (Asrinah, 2010).

4) Seksual

Hubungan seksual masih dapat dilakukan ibu hamil, namun pada usia kehamilan yang belum cukup bulan dianjurkan untuk menggunakan kondom, untuk mencegah terjadinya keguguran maupun persalinan prematur. Prostaglandin pada sperma dapat menyebabkan kontraksi yang memicu terjadinya persalinan. Hubungan seksual disarankan dihentikan bila terjadi rasa nyeri, perdarahan dan pengeluaran air yang mendadak (Rukiyah, 2013).

5) Istirahat/tidur

Istirahat dan tidur sangat penting bagi ibu hamil karena ibu rentan mengalami kelelahan. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigenasi fetoplental. Posisi terlentang kaki disandarkan pada dinding dapat meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena (Asrinah, 2010). Tidur malam untuk hamil paling sedikit 6 – 7 jam dan usahakan tidur/berbaring saat siang selama 1-2 jam (Kemenkes RI, 2016).

6) Personal hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak terhadap kesehatan ibu dan janin. Sebaiknya seorang ibu hamil mandi, gosok gigi, dan mengganti pakaian minimal dua kali sehari, menjaga kebersihan alat genitalia dan pakaian dalam serta menjaga kebersihan payudara (Nugroho, dkk., 2014).

7) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi sering terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Sedangkan sering buang air kecil merupakan keluhan umum dirasakan ibu hamil, terutama pada trimester I dan trimester III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis, pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini tidak di anjurkan karena dapat menyebabkan dehidrasi, namun pada malam hari dianjurkan untuk mengurangi asupan cairan agar tidak mengganggu istirahat (Nugroho, dkk., 2014).

8) Olahraga

Terdapat banyak manfaat yang diperoleh dari melakukan olahraga selama hamil seperti berjalan – jalan kaki, berenang dan senam hamil :

- a) Penampilan lebih positif dan sehat selama hamil, kemampuan untuk mengatasi ketidaknyamanan kehamilan dan persalinan menjadi lebih besar.
- b) Peningkatan tonus otot, kekuatan otot, dan ketahanan otot yang dihasilkan dari olahraga secara teratur dapat mempersiapkan wanita untuk menghadapi stres fisik selama persalinan dan perawatan bayi setelah melahirkan.
- c) Setelah persalinan, mendapatkan kembali berat badan normal seperti sebelum hamil menjadi lebih mudah.

Situasi tertentu yang muncul dalam kehamilan dapat membatasi jumlah olahraga yang aman untuk dilakukan. Ibu hamil harus mencari saran medis sebelum melakukan olahraga selama kehamilan (Medforth, 2011).

9) Persiapan persalinan

Pemerintah memiliki Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K), program tersebut merupakan persiapan persalinan yang direncanakan pada minggu – minggu akhir kehamilan. Beberapa persiapan persalinan yang perlu disiapkan seperti penolong persalinan (bidan atau dokter), tempat bersalin (BPM/klinik swasta, puskesmas, rumah sakit), biaya persalinan (tabungan atau jaminan kesehatan), transportasi (umum atau pribadi), calon pendonor darah (pendonor dengan golongan darah yang sama dengan ibu), pendamping persalinan (orang yang diinginkan oleh ibu sebagai pendamping saat persalinan), pakaian ibu dan bayi (pakaian sudah dicuci dan disetrika).

f. Standar Pelayanan Minimal

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Normor 42 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan menyebutkan bahwa standar pelayanan *antenatal* yang dilakukan kepada ibu hamil adalah 10 T.

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pada pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan

pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada saat pertama kali kunjungan dilakukan untuk mengetahui adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)*.

2) Ukur tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Tentukan persentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan persentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan

untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Skrining status imunisasi tetanus dan diberikan imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatoru, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

7) Pemberian tablet tambah darah selama kehamilan

Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan zat besi pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Dosis pemberian zat besi adalah 1 x 200 mg. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

8) Test laboratorium

Test kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan

protein urine (bila ada indikasi) di mana pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu – waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan hemoglobin kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II, dan sekali pada trimester III.

e) Pemeriksaan HbsAg

Pemeriksaan HbsAg pada ibu hamil diwajibkan untuk mendeteksi apakah ibu hamil mengalami hepatitis B atau tidak. Virus hepatitis sangat potensial untuk ditularkan kepada janin di dalam kandungan, maka pemeriksaan laboratorium penting dilakukan selama kehamilan.

f) Pemeriksaan tes sifilis (VDRL)

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan rutin pada semua ibu hamil selama trimester pertama atau awal trimester kedua. Wanita berisiko akan dilakukan pemeriksaan ulang pada akhir trimester kedua hingga awal trimester ketiga karena infeksi akuisita (dapatan) selama kehamilan tetap merupakan risiko yang signifikan bagi janin. Wanita yang hasil skriningnya positif untuk pemeriksaan *Veneral Disease Reseach Laboratory* (VDRL) akan perlu menegakkan hasilnya dengan uji ulang dengan penetapan kadar khusus treponema dan akan ditanganin dengan antibiotik seperti amoksisilin (Medforth, 2011).

g) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV dilakukan wajib dengan adanya program pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) pada semua ibu hamil yang melakukan pemeriksaan antenatal.

9) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus – kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara (Konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta persiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemik, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*).

g. Program pengungkit otak (*Brain booster*)

Program pengungkit otak (*Brain booster*) merupakan integrasi program ANC dengan melakukan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak secara bersamaan pada periode kehamilan ibu yang bertujuan meningkatkan potensi intelegensia bayi yang dilahirkan. Pelaksanaan program *Brain booster* diharapkan mampu meningkatkan angka cukupan antenatal secara standar minimal, sekaligus mendukung program pemantauan masa kehamilan menjadi sebulan sekali selama masa kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

1) Pemberian stimulasi auditorik dengan musik

Teknik stimulasi dengan musik dapat diakronimkan sebagai 5 W dan 1 U yaitu kepanjangan dari musik, minggu ke-20 malam hari, enam puluh menit, menempel perut ibu dengan memakai urutan 11 komposisi *Mozart*. Stimulasi dengan musik dilakukan antara pukul 20.00 sampai 23.00, dilakukan dengan durasi kurang lebih 60 menit karena diharapkan melewati dua gelombang alfa

janin yang akan menghasilkan efek pengurangan *apoptosis* secara maksimal (Kemenkes RI, 2015)

2) Pemberian nutrisi pengungkit otak

Persyaratan utama adalah gizi ibu hamil dalam keadaan seimbang, yaitu berat badan sesuai dengan tinggi dan usia kehamilan, dan asupan nutrisi makanan merupakan peningkatan gizi yang utama selama kehamilan. Pemberian tablet nutrisi pengungkit otak yang direkomendasikan oleh para ahli dengan menggunakan komposisi suplemen Vit A 1400 IU, VitC 225 mg, Vit E 15 mg, Vit B6 2 mg, Asam Folat 400 mcg, Vit B12 3 mcg, Ca 500 mg, Fe 10 mg, DHA 95 mg, *fish oil* 400 mg. Nutrisi pengungkit otak harus diberikan pada awal kehamilan. Pemberian nutrisi diberikan setiap hari pada masa kehamilan dengan tablet suplemen nutrisi diminum satu kali sehari sampai ibu melahirkan (Kemenkes RI, 2015b).

h. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Pada kehamilan trimester III ada beberapa tanda bahaya yang perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya komplikasi ataupun kegawatdaruratan. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2016) tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu :

- 1) Demam tinggi, menggigil dan berkeringat.
- 2) Bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang.
- 3) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 4) Perdarahan.
- 5) Air ketuban keluar sebelum waktunya.
- 6) Diare berulang.

7) Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan gatal – gatal di daerah kemaluan.

8) Batuk lama (lebih dari dua minggu).

i. Kunjungan Pada Ibu Hamil

Menurut Saifudin (2010) sesuai dengan program pemerintah setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal yaitu :

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14 – 28)
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke-36).

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Jannah, 2014). Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2017).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Selama Persalinan

Varney (2007) memaparkan beberapa perubahan fisiologis selama persalinan, yaitu :

- 1) Tekanan darah, selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolik rata-rata 5 – 10 mmHg. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.
- 2) Metabolisme, peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh 0,5 – 1°C, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.
- 3) Perubahan pada ginjal, poliuria sering terjadi selama persalinan yang diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi *glomerulus* dan aliran plasma ginjal.
- 4) Perubahan pada saluran cerna, motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Makanan yang diberikan selama periode menjelang persalinan atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan. Untuk itu dianjurkan mengonsumsi makanan yang mudah dicerna seperti susu, teh hangat, roti.

5) Perubahan hematologi, hematologi meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

c. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi. Salah satu upaya untuk pemenuhan kebutuhan psikologis wanita dalam persalinan adalah dengan memberikan asuhan sayang ibu (JNPK-KR, 2014).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1) Memberikan dukungan emosional

Bidan harus melibatkan keluarga khususnya suami dalam memberikan dukungan emosional. Ajak suami dan keluarga untuk memijat punggung, menyeka wajah ibu dengan lap yang dibasahi dengan air hangat serta menciptakan suasana aman dan nyaman, mendampingi selama persalinan dan proses kelahiran bayi (Nurasiah, dkk., 2012).

2) Membantu pengaturan posisi

Informasikan dan bimbing ibu untuk menemukan posisi yang nyaman selama persalinan. Ajak pendamping untuk membantu dalam penaturan posisi. Ibu dapat memilih posisi berjalan, jongkok, berdiri, duduk, miring atau merangkak selama masih memungkinkan (Nurasiah, dkk., 2012).

3) Kebutuhan akan makanan dan cairan

Mencukupi kebutuhan dan kalori dengan makanan dan minuman yang mudah diserap oleh tubuh (Nurasiah, dkk., 2012).

4) Kebutuhan eliminasi

Menganjurkan ibu bersalin untuk berkemih minimal setiap dua 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 pijatan. Kehadiran pendamping sangat diperlukan, tidak hanya membantu dalam kebutuhan fisik namun juga dapat dilakukan secara emosional sehingga ibu merasa lebih tenang.

e. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yang sering disebut dengan 5 P (Bobak, dkk., 2005), yaitu :

1) Tenaga (*power*)

a) Kekuatan primer yaitu kontraksi involuter adalah frekuensi, waktu antara awal suatu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya, durasi, dan intensitas (kekuatan kontraksi).

b) Kekuatan sekunder yaitu segera setelah bagian terendah janin mencapai panggul, sifat kontraksi berubah, yaitu bersifat mendorong keluar, dan ibu merasa ingin mencedan.

2) Jalan lahir (*passage*) yaitu panggul ibu, yang meliputi tulang yang padat, dasar panggul, vagina, introitus (lubang luar vagina).

3) *Passanger* yang meliputi janin dan plasenta.

- 4) Faktor psikologis ibu, yaitu pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional terhadap persiapan persalinan, dukungan dari keluarga maupun lingkungan yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Psikologi ibu sangat erat hubungannya dengan produksi hormon oksitosin. Ibu yang kurang mendapatkan dukungan, stres dan emosi, merasa cemas dan khawatir, serta ketakutan selama proses persalinannya, akan mengakibatkan penurunan aliran hormon oksitosin.
- 5) Faktor posisi ibu, mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

f. Tanda – Tanda Persalinan

Tanda – tanda persalinan biasanya terjadi penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal dua kali dalam 10 menit), dan terdapat keluarnya cairan lendir bercampur darah keluar melalui vagina (JNPK-KR, 2014).

g. Tahapan 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. Asuhan pada kala I yaitu memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin. Melakukan pemantauan persalinan dari kontraksi uterus, pemeriksaan DJJ dan nadi dilakukan setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam atau jika terdapat indikasi, penurunan bagian terendah janin, tekanan darah dan suhu dilakukan setiap 4 jam sekali, pemenuhan nutrisi

pada ibu bersalin, dan melakukan pemantauan tanda – tanda bahaya persalinan. (JNPK-KR, 2017). Kala satu di bagi menjadi :

a) Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase aktif

Pada kala satu persalinan dimulai dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terendah janin.

2) Kala II Persalinan

Kala II atau kala pengeluaran merupakan periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Asuhan pada kala II yaitu memastikan pembukaan serviks dengan cara pemeriksaan dalam dan mengamati tanda – tanda persalinan, membimbing ibu meneran dan tetap memantau kesejahteraan ibu dan janin. (JNPK-KR, 2014). Proses ini normalnya berlangsung dua jam pada primigravida dan satu jam pada multigravida. Tanda dan gejala persalinan yaitu :

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya tekanan pada anus dan atau vagina.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva dan vagina membuka.
- e) Meningkatkan pengeluaran lendir bercampur darah.
- f) Pembukaan serviks sudah lengkap atau terlihat bagian kepala bayi melalui *introitus* vagina

3) Kala III Persalinan

Kala III dimulai setelah kelahiran bayi sampai dengan plasenta dan selaput ketubannya lahir. Pada kala III bidan dapat melakukan manajemen aktif kala III, yaitu memberikan injeksi oksitosin dengan dosis 10 *International Unit* (IU), melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT) dan *masase fundus uteri* (JNPK-KR, 2014).

4) Kala IV Persalinan

Batasan kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir setelah dua jam dari lahirnya plasenta. Adapun kondisi yang dipantau selama kala IV yaitu : tekanan darah, nadi, suhu, tinggi *fundus uteri*, kontraksi uterus, kandung kemih serta jumlah darah yang keluar setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua serta pemberian Vitamin A dosis pertama 200.000 IU segera setelah melahirkan.

g. Persalinan dengan Kala I memanjang

1) Pengertian Persalinan dengan Kala I memanjang

Persalinan dengan kala I lama adalah persalinan yang fase laten berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaan tidak adekuat atau

bervariasi, kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang – kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan, kurang dari 1,2 cm perjam pada primigravida dan kurang dari 1,5 per jam pada multigravida, lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap (Saiffudin, 2010).

2) Klasifikasi Persalinan Kala I memanjang

Menurut Oxon (2011) Persalinan Kala I lama diklasifikasikan menjadi dua, yaitu :

a) Fase laten memanjang (*Prolonged Latent Phase*)

Fase dimana pembukaan serviks tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu.

b) Fase aktif memanjang (*Prolonged Active Phase*)

Fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan 6 jam rata – rata 2,5 jam dengan laju dilatasi kurang dari 1,5 cm per jam pada multigravida.

3) Diagosis Persalinan Lama

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama antara lain:

1) Kelainan letak janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda. Pada kelainan letak janin dapat menyebabkan partus lama dan ketuban pecah dini, dengan demikian mudah terjadi infeksi intrapartum. Sementara pada janin dapat berakibat adanya trauma partus dan hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Mochtar, 2011).

2) Kelainan his

Menurut Wiknjosastro (2010) kelainan his antara lain :

a) His terlalu lemah (*Hypotonic uterine contraction*)

Suatu keadaan dimana kontraksi uterus lebih lama, singkat, dan jarang daripada biasa. Keadaan umum penderita baik, dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

b) His terlalu kuat (*hypertonic uterine contraction*)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang singkat. Partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam, dinamakan partus presipitatus (sifat his normal), tonus otot di luar his juga biasa, kelainan terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks, vagina, dan perineum, sedangkan bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

c) Kelainan lain

Meliputi pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, grandemulti, ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, kecemasan dan ketakutan atau respon stress, ibu bertubuh pendek <150 cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, riwayat persalinan terdahulu sectio caesarea, IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), ibu usia muda atau di bawah 17 tahun, adanya derajat plasenta previa yang tidak diketahui (Oxorn, 2011).

4) Tanda Klinis

Menurut Mochtar (2011) tanda klinis kala I lama terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

a) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, terdapat mekonium.

b) Pada janin

Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif; air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau, moulage kepala yang hebat, kematian janin dalam kandungan.

5) Komplikasi pada ibu dan janin akibat Persalinan Kala I memanjang

Menurut Manuaba (2013) komplikasi yang terjadi pada ibu dan janin akibat Persalinan Kala I memanjang, yaitu :

a) Ketuban pecah dini

Jika kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang meyentuh *os internal*. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi.

b) Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.

c) Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur.

d) Cedera dasar panggul

Cedera pada otot dasar panggul, saraf, atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila kelahirannya sulit.

e) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat.

f) Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam terdapat oedema serviks, dan air ketuban bercampur dengan mekonium.

g) Bagi janin

Persalinan dengan kala I lama dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala), dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala.

6) Penatalaksanaan

Menurut Kemenkes RI (2013) penatalaksanaan untuk Persalinan lama yaitu :

a) Tatalaksana Umum

 Segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.

b) Tatalaksana Khusus

Tentukan penyebab persalinan lama :

1. *Power* : His tidak adekuat (his dengan frekuensi < 3 x/10 menit dan durasi setiap kontraksinya < 40 detik).
2. *Passenger* : malpresentasi, malposisi, janin besar.
3. *Passage* : panggul sempit, kelainan serviks atau vagina, tumor jalan lahir.
4. Gabungan dari faktor – faktor di atas.

Tatalaksana disesuaikan dengan penyebab dan situasi, prinsip umum :

1. Lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan/atau amniotomi, bila terdapat gangguan *power* pastikan tidak ada gangguan *passenger* atau *passage*.
2. Lakukan tindakan operatif (forcep, vakum, atau seksio sesarea) untuk gangguan *passenger* dan/atau *Passage*, serta gangguan *power* yang tidak dapat diatasi oleh augmentasi persalinan.
3. Jika ditemukan obstruksi atau CPD, tatalaksananya adalah seksio sesarea.
- h. Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi (JNPK-KR, 2017)

 Lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman, baik pada persalinan normal maupun patologis (JNPK-KR, 2017).

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah *kognitif* dan *intuitif* serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (evidence-based), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya kepercayaan, dan keinginan ibu. Prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yang diperhatikan dan diberikan dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang mereka terima, akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik sehingga dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, seksio sesaria serta persalinan berlangsung lebih cepat.

3) Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit – penyakit berbahaya yang hingga

kini belum ditemukan pengobatannya, seperti pencegahan hepatitis B dan HIV/AIDS.

4) Pencatatan (dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosa dan memuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya. Partograf adalah hal terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

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 diingat dalam melakukan rujukan untuk ibu dan bayi yaitu BAKSOKUDA (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, dan Donor Darah). (Kemenkes RI, 2015).

j. Rujukan dan Sistem Rujukan

1) Pengertian Rujukan dan Sistem rujukan

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke unit yang lebih lengkap/rumah sakit) untuk horizontal (dari satu bagian lain dalam satu unit).

Sistem rujukan merupakan upaya keselamatan atau suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi inti yang lebih rendah ke unit yang lebih tinggi maupun sebaliknya) dan horizontal (komunikasi antara unit yang sederajat) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional.

Rujukan Pelayanan Kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal (Saifuddin, 2011).

2) Jenis Rujukan

Menurut Saifuddin (2011) rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas maupun bayi baru lahir dan neonatus, pengiriman kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis.

Termasuk juga didalamnya pengiriman bahan laboratorium. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan). Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim kepada unit yang mengirim. Kemudian bidan

menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional pemantauan perkembangan maupun penelitian. Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari :

- a) Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
- b) Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari :

- a) Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Jenis rujukan medik:
- b) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- c) *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- d) *Transfer of knowledge/personel*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan

pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (*transfer of knowledge*). Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (*transfer of personel*).

3) Tingkatan Rujukan

Tingkatan rujukan berdasarkan pada bentuk pelayanan :

a) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*).

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini didalam suatu populasi sangat besar (kurang lebih 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basib health services*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan balesmas.

b) Pelayanan Kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*).

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D dan memerlukan tersedianya tenaga spesialis.

c) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*).

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: RS tipe A dan B (Saifuddin, 2011).

4) Perencanaan Rujukan

Komunikasikan rencana merujuk dengan ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapatkan persetujuan dari ibu atau keluarganya. Tenaga kesehatan perlu memberikan kesempatan, apabila situasi memungkinkan, untuk menjawab pertimbangan dan pertanyaan ibu serta keluarganya. Beberapa hal yang disampaikan meliputi :

- a) Diagnosis dan tindakan medis yang perlu dilakukan.
- b) Alasan untuk merujuk ibu.
- c) Risiko yang dapat ditimbulkan bila rujukan tidak dilakukan.
- d) Risiko yang dapat ditimbulkan selama rujukan dilakukan.
- e) Waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang dibutuhkan untuk merujuk.
- f) Tujuan rujukan.
- g) Modalitas dan cara transportasi yang digunakan.
- h) Nama tenaga kesehatan yang akan menemani ibu.
- i) Jam operasional dan nomer telepon rumah sakit/pusat pelayanan kesehatan yang dituju.
- j) Perkiraan lamanya waktu perawatan.

- k) Perkiraan biaya dan sistem pembiayaan (termasuk dokumen kelengkapan untuk Jampersal, Jamkesmas, atau asuransi kesehatan).
- l) Petunjuk arah dan cara menuju tujuan rujukan dengan menggunakan modalitas transportasi lain.
- m) Pilihan akomodasi untuk keluarga.

Lengkapi dan kirim berkas – berkas seperti berikut (secara langsung ataupun melalui faksimili) sesegera mungkin :

- a) Formulir rujukan pasien (minimal berisi identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memerikan pelayanan).
- b) Fotokopi rekam medis kunjungan antenatal.
- c) Fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini.
- d) Hasil pemeriksaan penunjang.
- e) Berkas – berkas lain untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan.

Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk, meliputi :

- a) Keadaan umum pasien
- b) Tanda – tanda vital (Nadi, Tekanan darah, Suhu, Pernafasan).
- c) Denyut jantung janin.
- d) Presentasi janin.
- e) Dilatasi serviks.
- f) Letak janin.
- g) Kondisi ketuban.
- h) Kontraksi uterus : kekuatan, frekuensi, durasi.

i) Persiapan penderita (BAKSOKUDA) Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu :

1. Bidan

Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan

2. Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

3. Keluarga

Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.

4. Surat

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

5. Obat

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan.

Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.

6. Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.

7. Uang

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperiukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

8. Darah

Siapkan darah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Pengiriman pasien untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan atau sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita.

i. Tanda Bahaya Pada Persalinan

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2016), tanda bahaya pada persalinan meliputi :

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir.
- 2) Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir.
- 3) Ibu mengalami kejang.
- 4) Ibu tidak kuat mengejan.
- 5) Air ketuban keruh dan berbau.

6) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

3. Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas disebut juga dengan istilah masa *pueperium*. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu setelah persalinan (Roito H., Noor, dan Mardiah, 2013).

b. Tahapan masa nifas

Menurut Elisabeth (2015), tahapan yang terjadi pada masa nifas diantaranya :

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terjadi masalah seperti atonia uteri. Oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, pemeriksaan tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (24 jam – 1 minggu)

Pada periode ini bidan memastikan involusi uterus dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lohea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat nutrisi dan dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (1 minggu – 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

c. Perubahan fisiologis pada masa nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologi sebagai berikut :

1) Involusi uterus

Involusi (pengerutan uterus) merupakan suatu poses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil. Proses ini dimulai segerasetelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Kemenkes RI, 2105). Proses involusi uterus adalah terjadi *autolysis*, terdapat *polymorph phagolitik* dan *makhrophages* di dalam sistem vaskuler dan sistem limfatik serta terdapat efek oksitosin Nugroho, 2014).

Tabel 1
Proses involusi uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gram

Sumber : Kemenkes RI, Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak, 2015

2) Lokhea

Lokhea adalah cairan yang mengandung sisa jaringan uterus/bagian nekrotik yang keluar. Lokhea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea terbagi menjadi 4 tahapan (Maryunani, 2015) diantaranya :

a) *Lokhea rubra*

Terjadi pada hari 1 sampai hari ke-3 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karna berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lunago dan mekonium.

b) *Lokhea sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung pada hari ke-4 sampai hari ke-7 *postpartum*.

c) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 *postpartum*.

d) *Lokhea alba*

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2 minggu sampai 6 minggu *postpartum*.

3) Proses laktasi

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi secara alami, dimana proses menyusui tersebut mempunyai 2 mekanisme yaitu produksi susu dan sekresi susu. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi ASI. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar. Air susu ibu (ASI) merupakan emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan mineral (Fikawati, Syafiq, dan Karia, 2015). Menurut stadium laktasi, ASI terbagi menjadi :

a) Kolostrum

ASI yang kental berwarna kuning yang dihasilkan sejak hari pertama sampai dengan hari ke-3 setelah ibu melahirkan. Kolostrum memiliki kandungan *immunoglobulin A* yang dapat memberikan perlindungan bagi bayi.

b) ASI transisi

Peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI, diproduksi sampai hari ke-7 atau ke-10. Kadar protein makin rendah sedangkan kadar karbohidrat dan lemak semakin tinggi.

c) ASI matur

Menghasilkan energi sekitar 75 Kal/100 ml. Air susu ibu (ASI) matur berwarna putih kekuningan dikarenakan adanya garam *Ca-caseinat*, *riboflavin*, dan *karoten*. ASI matur tidak mengumpal jika dipanaskan.

d. Perubahan tanda – tanda vital pada masa nifas

1) Suhu badan

Satu hari (24 jam) setelah persalinan ibu akan mengalami sedikit peningkatan suhu hingga suhu 38°C sebagai respon tubuh terhadap proses persalinan, terutama dehidrasi akibat pengeluaran darah dan cairan saat persalinan. Peningkatan suhu ini umumnya terjadi hanya sesaat. Jika peningkatan suhu tubuh menetap mungkin menandakan adanya infeksi.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali/menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Denyut nadi yang melebihi 100 kali/menit harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *postpartum*.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk diastole berkisar 60-80 mmHg dan sistole berkisar 110-140 mmHg. Setelah persalinan, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

4) Pernapasan

Pernapasan pada ibu *postpartum* umumnya menjadi lebih lambat atau kembali normal seperti saat sebelum hamil pada bulan keenam setelah persalinan. Bila nadi dan suhu tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya. Bila pada masa nifas pernapasan menjadi lebih cepat kemungkinan ada tanda – tanda syok (Maryunani, 2015).

e. Perubahan psikologis masa nifas

Perubahan masa nifas mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga terdekat. Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase dibawah ini (Kemenkes RI, 2015) :

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini perlu diperhatikan ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada saat ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah memulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

f. Pemenuhan kebutuhan dasar masa nifas dan menyusui

1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan mempengaruhi produksi ASI. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, mengandung tinggi protein, banyak mengandung cairan serta buah – buahan dan sayuran karena ibu biasanya mengalami hemokonsentrasi. Tambahan kalori sebesar 500 kalori setiap hari. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Suplemen zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberika vitamin A kepada bayi melalui ASI (Maryunani, 2015).

2) Ambulasi dini

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Pada iu yang bersalin secara *section caesarea*

ambulansi dini dilakukan paling tidak enam sampai 24 jam. Tahapan ambulansi yaitu miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan.

3) Eliminasi

a) Buang air kecil

Pengeluaran urine meningkat pada 24 – 48 jam pertama sampai hari kelima karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan, sebaiknya ibu tidak menahan untuk buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat kontraksi uterus sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Pengosongan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih lima sampai tujuh hari. Ibu harus berkemih spontan setelah 24 jam *post section caesare* atau setelah *dower cateter* dilepas.

b) Buang air besar

Kesulitan buang air besar dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar, sebaiknya pada hari kedua ibu sesudah bisa buang air besar.

4) Kebersihan dan *vulva hygiene*

Selama postpartum, ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan sangat penting untuk pencegahan infeksi (Roito H., Noor, dan Mardiah, 2015). Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari,

mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelinanya (Kemenkes RI, 2015).

5) Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama pada puting susu serta menggunakan bra yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet, oleskan ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui (Maryunani, 2015).

6) Istirahat

Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan – kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan, serta untuk tidur siang untuk beristirahat selagi bayi tidur, meminta bantuan anggota keluarga untuk mengurus kebutuhan rumah tangga. Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI, memperlambat proses involusi uterus dan dapat menyebabkan terjadi depresi (Maryunani, 2015).

7) Hubungan seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Maryunani, 2015).

8) Senam nifas

Senam nifas adalah olahraga pemulihan pada masa nifas yang berfungsi untuk menguatkan otot dasar panggul dan juga membantu mengurangi depresi. Manfaat senam nifas membantu penyembuhan rahim, perut dan otot pinggul

yang mengalami trauma, mempercepat kembalinya bagian – bagian tersebut ke kondisi semula, menormalkan sendi – sendi yang menjadi longgar akibat kehamilan dan persalinan, mencegah pelemahan dan peregangan lebih lanjut, menghasilkan manfaat psikologis, menambah kemampuan menghadapi stres sehingga dapat mencegah terjadinya depresi postpartum. Senam yang pertama paling baik dan aman untuk memperkuat dasar panggul adalah senam kegel. Segera lakukan senam kegel sejak hari pertama *postpartum* bila memungkinkan (Elisabeth, 2015).

g. Tanda bahaya masa nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2016) menyebutkan ada enam tanda bahaya masa nifas, yaitu :

- 1) Perdarahan melalui jalan lahir.
- 2) Keluar cairan berbau melalui jalan lahir.
- 3) Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang – kejang.
- 4) Demam lebih dari dua hari.
- 5) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit.
- 6) Ibu terlihat sedih murung dan menangis tanpa sebab (depresi).

h. Kebijakan program nasional tentang asuhan masa nifas

Kementerian Kesehatan RI (2012) memaparkan pelayanan nifas yaitu :

1) Asuhan 2 – 6 jam *postpartum*

Pelayanan ini diberikan pada saat 2 jam sampai 6 jam setelah melahirkan saat ibu masih berada dipelayanan kesehatan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda vital, mencegah perdarahan akibat atonia

uteri, melakukan hubungan ibu dan bayi (bonding attachment) dan pemberian ASI secara on demand dan ASI eksklusif.

2) Kunjungan nifas pertama (KF 1)

Enam jam sampai 3 hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, pemberian kapsul vitamin A dua kali, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

3) Kunjungan nifas kedua (KF 2)

Hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

4) Kunjungan nifas lengkap (KF 3)

Hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

4. Bayi Baru Lahir (BBL), Neonatus dan Bayi

Bayi adalah usia 0 bulan hingga 1 tahun, dengan pembagian sebagai berikut :

a. Bayi baru lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir dalam keadaan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan baru lahir 2500 – 4000 gram. Nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Dewi, 2010).

1) Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus diantaranya :

a) Perubahan sistem pernapasan

Pernapasan pertama bayi baru lahir terjadi normal dalam 30 detik setelah kelahiran. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru kehilangan sepertiga cairannya yang normal saat itu 80-100 ml, sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Upaya pernapasan pertama bayi berfungsi mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru untuk pertama kali (Jannah, 2014).

b) Perubahan sistem peredaran darah

Terjadi dua perubahan besar untuk membuat sirkulasi yang baik dalam mendukung kehidupan luar rahim, yaitu penutupan foramen ovale pada atrium paru dan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta (Jannah, 2014).

c) Penyesuaian termal atau pengaturan suhu

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya sendiri. Bayi baru lahir atau neonatus dapat menghasilkan panas dengan tiga cara, menggigil, aktivitas volunter otot, dan termogenesis yang bukan melalui mekanisme menggigil (Jannah, 2014).

d) Sistem gestasional

Saluran usus lambung bayi secara fungsional belum matang dibandingkan orang dewasa. Sewaktu lahir, usus hanya steril dalam beberapa jam. Mekonium yang terdapat dalam usus besar bayi diangkat dalam 24 jam pertama kehidupan dan benar – benar dibuang dalam 48 – 72 jam (Jannah, 2014).

e) Kekebalan tubuh

Sistem imunitas bayi baru lahir belum matang sehingga rentan terhadap infeksi dan alergi. Kekebalan alami terdiri atas struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi, dapat berupa perlindungan oleh kulit membran mukosa, fungsi saringan saluran nafas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, dan perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung (Jannah, 2014).

2) Asuhan bayi baru lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir menurut JNPK-KR (2017), adalah sebagai berikut :

a) Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu bayi lahir langsung menangis, tubuh bayi kemerahan, bayi bergerak aktif, berat badan bayi lahir 2500-4000 gram.

b) Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Hal yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

c) Pencegahan infeksi bayi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir.

d) Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermi, sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.

e) Inisiasi menyusui dini

Inisiasi menyusui dini dilakukan segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kalit bayi kontak ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri. Bayi diberi topi dan selimut.

f) Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk mencegah infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi tersebut mengandung antibiotika atau *tetrasiklin 1%*. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif bila diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

g) Pemberian vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 (*phytomenadione*), injeksi 1 mg intramuscular setelah 1 jam kontak ke kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

h) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu – bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K, pada saat berumur 2 jam. Untuk bayi yang lahir difasilitas kesehatan dianjurkan diberikan BCG dan OPV pada saat sebelum bayi pulang.

i) Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting, banyak perdarahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Pemeriksaan bayi baru lahir bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian bayi baru lahir terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika

bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

b. Neonatus

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0 – 28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dan berat badannya 2500 – 4000 gram. Bayi baru lahir atau neonatus adalah periode adaptasi terhadap kehidupan diluar rahim. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Kemenkes RI (2015) memaparkan ada tiga asuhan yang diberikan untuk bayi baru lahir sampai neonatus yaitu :

1) Kunjungan neonatal pertama (KN 1)

Dilakukan dalam kurun waktu 6 – 48 jam setelah bayi lahir. Asuhan pada bayi baru lahir satu jam pertama meliputi pemeriksaan fisik pada bayi dan pengukuran antropometri, menjaga kehangatan bayi dengan cara menyelimuti bayi, memberikan injeksi Vitamin K1 dan imunisasi Hepatitis B0. Setelah enam jam kelahiran bayi, dilakukan pemeriksaan fisik lengkap. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif, perawatan mata, perawatan tali pusat, dan memandikan bayi.

2) Kunjungan neonatal kedua (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif dan imunisasi.

3) Kunjungan neonatal ketiga (KN 3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif dan imunisasi.

c. Bayi

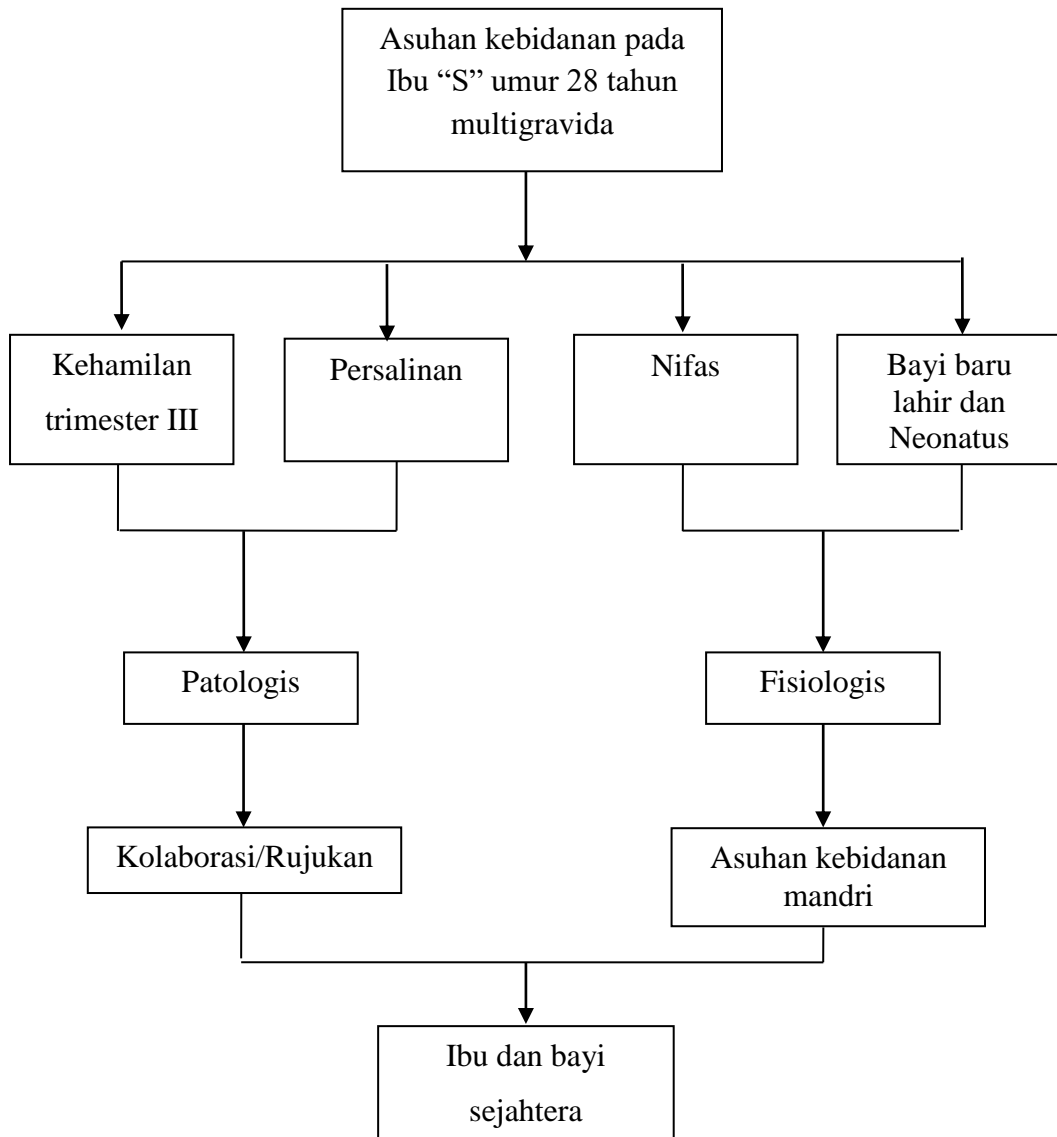
1) Petumbuhan

Tolak ukur dari kemajuan pertumbuhan adalah berat badan dan panjang badan. Umur nol sampai enam bulan berat badan bayi akan mengalami pertambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram. Pertambahan panjang badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya (Kemenkes RI, 2015).

2) Perkembangan

Perkembangan bayi satu 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 dapat menatap wajah ibu atau pengasuh (Kemenkes RI, 2015).

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir