

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI

1. Kehamilan dengan Anemia

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan adalah penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan implantasi. Kehamilan akan berlangsung dalam waktu 40 minggu dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Prawirohardjo, 2010).

b. Pembagian Kehamilan dalam Trimester

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester kesatu yang berlangsung dalam 12 minggu; trimester kedua yang berlangsung 15 minggu yaitu minggu ke-13 hingga minggu ke-27; dan trimester ketiga yang berlangsung selama 13 minggu yaitu minggu ke-28 hingga ke-40 (Cunningham, 2010).

c. Perubahan Fisiologi Kehamilan yang Berhubungan dengan Anemia

Kehamilan menyebabkan perubahan-perubahan pada diri seorang wanita. Perubahan fisiologi yang berhubungan dengan anemia yaitu sistem hematologi. Saat kehamilan volume darah ibu mulai meningkat selama trimester pertama, kemudian mengalami pertambahan yang sangat cepat selama trimester kedua dan melambat selama trimester ketiga lalu mendatar sampai beberapa minggu terakhir kehamilan. Ekspansi volume

darah terjadi karena peningkatan plasma dan eritrosit. Karena plasma bertambah cukup besar maka konsentrasi hemoglobin dan hematokrit agak berkurang selama kehamilan. Akibatnya kekentalan darah secara keseluruhan berkurang. Konsentrasi hemoglobin di bawah 11 gr% terutama pada akhir kehamilan perlu dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi bukan karena *hipervolemia* kehamilan. (Cunningham, 2013).

d. Antenatal *Care*

Pemeriksaan antenatal *care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan menyusui dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2008).

1) Jadwal Pelaksanaan ANC

Pemeriksaan dilakukan minimal 4 kali, dengan rincian sebagai berikut yaitu 1 kali saat trimester 1; 1 kali saat trimester 2; dan 2 kali saat trimester 3.

2) Pelayanan ANC

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar pada buku Pedoman Pelayanan Antenatal *Care* Terpadu Milik Kemenkes (2010) terdiri dari:

a) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pertambahan berat badan pada ibu hamil dapat disesuaikan dengan indeks massa tubuh (IMT). Cara menghitung IMT yaitu berat badan sebelum hamil dalam kg dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Hasil IMT dan rekomendasi penambahan berat badan dapat dilihat dalam tabel.

Tabel 1. Rekomendasi penambahan berat badan sesuai dengan IMT

Indeks massa tubuh sebelum hamil (berat badan (kg)/ tinggi badan (m²))	Rekomendasi penambahan berat badan (kg)
Rendah (<19,8)	12,5-18 kg
Normal (19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (>29)	6 (minimal)

Sumber: Varney (2007)

- b) Ukur lingkar lengan atas (LiLA) untuk mendeteksi risiko kurang energi kronis. Ambang batas adalah 23,5 cm.
- c) Ukur tekanan darah untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- d) Ukur tinggi fundus uteri untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

- e) Hitung denyut jantung janin (DJJ). Salah satu evaluasi kesejahteraan janin bisa menggunakan DJJ, hasil kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.
- f) Pemeriksaan abdomen untuk menentukan letak, presentasi janin, posisi dan jumlah janin menggunakan manuver Leopold; penancangan (*engagement*); observasi atau palpasi gerakan janin; perkiraan berat badan janin (membandingkan taksiran berat janin yang lalu dengan hasil sekarang); observasi luka parut atau memar dan penjelasannya. Sebagai contoh, wanita yang pernah mengalami apendektomi dapat disingkirkan dengan diagnosa apendisitis jika mengalami nyeri abdomen bagian bawah kanan selama kehamilan. (Varney, 2007)
- g) Pemeriksaan ekstremitas dilakukan untuk memeriksa edema pada pergelangan kaki; reflek patella; dan ada tidaknya varises (Varney, 2007)
- h) Beri imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.
- i) Beri tablet tambah darah (tablet besi) untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

j) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi: pemeriksaan golongan darah; pemeriksaan kadar hemoglobin darah; pemeriksaan protein dalam urin; pemeriksaan kadar gula darah; pemeriksaan tes sifilis; dan pemeriksaan HIV.

k) Tatalaksana Kasus

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.

l) KIE Efektif

KIE efektif 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 kesiapan menghadapi komplikasi; asupan gizi seimbang; inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif; KB pasca persalinan; peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*brainbooster*); dan gizi ibu hamil.

e. Pengukuran status gizi pada ibu hamil

Menurut Kristiyanasari (2010) pengukuran status gizi pada ibu hamil bisa dengan menggunakan:

1) Memantau pertambahan berat janin

Menurut Kemenkes (2010), pemantauan pertambahan berat badan dilakukan rutin di setiap kunjungan di trimester 1, trimester 2 dan trimester 3. Pertambahan berat badan sekitar 1 kg pada trimester I, 3 kg pada trimester II dan 6 kg pada trimester III.

2) Mengukur lingkar lengan atas

Menurut Kemenkes (2010), pengukuran lingkar lengan atas dilakukan saat kunjungan di trimester 1. Pengukuran lingkar lengan atas bertujuan untuk mengetahui apakah seorang menderita Kurang Energi Kronis (KEK). Batas ambang ibu hamil dengan KEK apabila LiLA <23,5 cm.

3) Mengukur kadar Hb

Menurut Kemenkes (2010) pemeriksaan kadar Hb dilakukan saat trimester 1 dan 3. Pengukuran kadar Hb bermaksud untuk mengetahui apakah seseorang menderita anemia.

f. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Menurut Rochjati (2011) faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya. Faktor risiko ibu tersebut dikelompokkan dalam 3 kelompok yaitu:

- 1) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 terlalu dan 3 pernah. 7 terlalu adalah primi muda; primi tua; primi tua pada umur ibu ≥ 35 tahun; primi tua sekunder; anak terkecil < 2 tahun; grande multi; umur ≥ 35 tahun; tinggi badan ≤ 145 cm atau kurang; sedangkan 3 pernah adalah pernah gagal kehamilan; pernah melahirkan dengan tarikan tang/ vakum, uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim; pernah diinfus/ditransfusi pada perdarahan pascasalin; dan pernah operasi sesar.
- 2) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik/ AGO ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah penyakit ibu hamil seperti anemia, malaria, tuberkulosis, payah jantung, kencing manis, PMS; preeklamsia ringan; hamil kembar/ gemeli; hamil kembar air/ hidramnion; hamil lebih bulan/ serotinus; janin mati di dalam rahim; letak sungsang; dan letak lintang.
- 3) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO ada 2 faktor risiko, ada ancaman ibu dan bayi. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah perdarahan, preeklamsia dan eklamsia.

g. Anemia pada Kehamilan

1) Pengertian

Anemia adalah suatu kondisi dimana menurunnya sel darah merah atau hemoglobin sehingga kapasitas daya angkut oksigen ke seluruh tubuh berkurang. Pada wanita hamil terjadi *hemodilusi* yaitu penambahan

volume cairan darah yang lebih banyak daripada sel darah sehingga kadar Hb wanita hamil berkurang. Pengukuran kadar hemoglobin yang paling sering digunakan di laboratorium adalah metode sahli dan yang lebih canggih adalah metode cyanmethemoglobin.

2) Kriteria anemia pada ibu hamil menurut WHO:

a) Hemoglobin kurang dari 11 gr% pada trimester pertama dan ketiga.

b) Hemoglobin kurang dari 10,5 gr% di trimester kedua.

3) Menurut Departemen Kesehatan dalam Wasdinar dan Tarwoto (2007),

derajat anemia adalah sebagai berikut:

a) Ringan Sekali: Hb 11 gr%-batas normal.

b) Ringan: Hb 8gr%- <11gr%.

c) Sedang: Hb 5gr%-<8gr%.

d) Berat: Hb < 5gr%.

4) Penyebab Anemia pada Ibu Hamil

Anemia pada ibu hamil bisa disebabkan karena anemia defisiensi besi dan asam folat.

a) Anemia Defisiensi Besi

Menurut Wasnidar dan Tarwoto (2007) anemia defisiensi besi dapat disebabkan oleh asupan yang tidak adekuat yaitu berhubungan dengan kemampuan individu dan keluarga untuk mendapatkan makanan sumber zat besi, kurangnya pengetahuan tentang pengolahan, sumber zat besi dan cara mengkonsumsi zat besi, penyakit tertentu seperti gastritis yang mengganggu penyerapan zat

besi dan peningkatan kebutuhan dimana pada ibu hamil meningkat 200-300% dibanding wanita biasa, ketidakseimbangan antara *intake* dan *output* yang menyebabkan kekurangan besi.

Ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat ditegakkan dengan diagnosis: konsentrasi Hb <10 gr%, hematokrit <30%, serum besi 50-60 mg/100ml dan saturasi transferrin <15-16. Penatalaksanaan pada ibu hamil dengan anemia defisiensi besi adalah mengatasi penyebab anemia seperti perdarahan, cacingan dan pemberian nutrisi yang banyak mengandung unsur zat besi, pemberian tablet besi selama kehamilan minimal 90 tablet sampai masa nifas selesai. Pemberian tablet besi sebaiknya dilakukan pada jeda makan dimana lambung tidak banyak makanan sehingga mudah diserap. Akibat anemia zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan sel-sel termasuk sel otak, berat badan lahir rendah, lahir prematur, dan perdarahan.

b) Anemia Defisiensi Asam Folat

Kebutuhan asam folat pada ibu hamil meningkat 2 kali lipat sebelum hamil. Asam folat berfungsi untuk metabolisme makanan menjadi energi, sintesis DNA, pematangan sel darah merah dan pertumbuhan sel janin dan plasenta. Normalnya kadar serum folat pada ibu hamil >0,6 ng/ml jika <2 ng/ml mengindikasikan anemia. Tanda dan gejala anemia kekurangan asam folat adalah pucat, diare, depresi, cepat lelah, gangguan tidur dan perlambatan frekuensi nadi.

Akibat ibu hamil dengan anemia asam folat adalah berat badan lahir rendah, ablasio plasenta dan kelainan bawaan seperti spina bifida.

5) Cara Meningkatkan Asupan Fe dan Asam Folat

Menurut Cunningham (2013) peningkatan zat besi dan asam folat bisa dengan:

- a) Mengonsumsi protein hewani seperti daging, unggas, *seafood*, telur; mengonsumsi sayuran hijau minimal 3 porsi setiap hari dan meningkatkan asupan buah berwarna jingga dan merah segar seperti jeruk, pisang, kiwi, semangka, dan nanas.
- b) Mengonsumsi makanan sumber asam folat seperti asparagus, bayam, buncis, hati sapi, kembang kol, selada, kapri, kacang tanah, dan beras merah.
- c) Menghindari faktor yang mengurangi penyerapan asam folat dan Fe seperti alkohol, kopi, kontrasepsi oral, aspirin, obat penenang dan antikonvulsan (anti kejang).
- d) Mengonsumsi vitamin C untuk meningkatkan penyerapan Fe dalam usus.
- e) Mengonsumsi makanan sumber vitamin B12 seperti daging, hati, ikan, makanan fermentasi, yogurt, udang, dan susu.

6) Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Bersalin, Nifas dan Bayi

Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko pada kehamilan, bersalin, nifas, dan hasil konsepsi. Dampak yang ditimbulkan bisa dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 2. Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi

Kehamilan	Persalinan	Nifas	Bayi
Dapat terjadi abortus	Gangguan his-kekuatan mengejan	Subinvolusi uteri yang menyebabkan pendarahan postpartum	Abortus
Persalinan prematuritas	Kala pertama berlangsung lama	Mudah terjadi infeksi puerperium	Terjadi kematian intrauteri
Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim	Kala kedua lama menyebabkan kelelahan, sering kali diperlukan tindakan operasi	Terjadi penurunan produksi ASI	Persalinan prematuritas tinggi
Mudah terjadi infeksi	Kala tiga dengan retensi plasenta dan pendarahan <i>postpartum</i> karena atonia uteri	Terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan	Berat Badan Lahir Rendah
Ancaman dekompensasi kordis (Hb < 6 gr%)	Kala empat terjadi perdarahan <i>postpartum</i> dan atonia uteri	Anemia kala nifas	Dapat terjadi cacat bawaan
Molahidatidosa		Mudah terjadi infeksi mammae	Bayi mudah mengalami infeksi sampai kematian perinatal
Hiperemesis Gravidarum			
Pendarahan antepartum			
Ketuban pecah dini			Intelegensia lemah

Sumber: Mangkuji (2012)

7) Pengobatan Anemia

Terapi oral dengan memberikan preparat besi yaitu fero sulfat, fero glukonat, dan fero fumarat. Pemberian preparat 60 mg/ hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1gr/dL/bulan. Pemberian terapi zat besi oral tidak boleh dihentikan setelah hemoglobin mencapai nilai normal, tetapi harus dilanjutkan selama 2-3 bulan lagi untuk

memperbaiki cadangan besi. Sebelum pemberian tablet Fe, dikalkulasikan terlebih dahulu jumlah zat besi yang dibutuhkan. Misalnya Hb sebelumnya 6 gr% maka kekurangannya adalah $12-6=6$ gr% sehingga kebutuhan zat besi adalah 6×200 mg. Kebutuhan besi untuk mengisi cadangan adalah 500 fig, maka dosis Fe secara keseluruhan adalah $1200+500=1700$ mg. Hasil yang diharapkan Hb meningkat 0,3 gr - 1 gr per minggu. Efek samping pemberian Fe yaitu konstipasi, berak hitam, mual dan muntah. (Proverawati dan Asfuah, 2009).

h. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Arisman (2009) berat badan bayi baru lahir ditentukan oleh status gizi janin, status gizi janin ditentukan oleh status gizi ibu waktu melahirkan dan saat konsepsi. Status gizi saat konsepsi dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi ibu sebelum hamil, keadaan kesehatan dan gizi ibu, jarak kelahiran jika yang dikandung bukan anak pertama, derajat pekerjaan fisik, asupan pangan, dan pernah tidaknya terjangkit infeksi. Kecukupan zat gizi selama hamil baru dapat dipantau melalui parameter keadaan kesehatan ibu dan berat lahir janin. Bayi dengan berat rendah sebelum konsepsi, serta penambahan berat yang tidak adekuat merupakan penilaian langsung yang dapat digunakan untuk memperkirakan laju pertumbuhan janin. Berat lahir berkorelasi positif dengan penambahan berat total selama hamil.

i. Zat Besi

Zat besi adalah elemen logam yang digunakan oleh tubuh terutama untuk membuat hemoglobin (Cunningham, 2013). Kekurangan zat besi dapat menyebabkan anemia. Anemia gizi karena kekurangan zat besi masih lazim terjadi di negara berkembang seperti Indonesia. Sementara itu, kebutuhan zat besi pada wanita hamil meningkat. Perkiraan jumlah zat besi yang harus ditimbun adalah sebesar 1040 mg, dimana 200 mg Fe tertahan oleh tubuh ketika melahirkan dan 840 sisanya hilang. Jumlah sebanyak ini tidak tercukupi hanya dengan menggunakan diet sehingga perlu suplementasi zat besi. Tanpa suplementasi cadangan besi dalam tubuh ibu akan habis pada akhir kehamilan. Untuk mencegah kekurangan setiap ibu hamil dianjurkan untuk mengkonsumsi tablet besi sebanyak 30 mg tiap hari. Takaran ini tidak bisa didapatkan hanya menggunakan diet. Oleh karena itu suplemen sebesar 30-60 mg dimulai pada minggu ke-12 kehamilan diteruskan sampai 3 bulan postpartum perlu diberikan setiap hari. Respon terhadap pengobatan melalui perbaikan nilai hemoglobin yang meningkat paling sedikit 0,3 gr%/minggu (Arisman, 2009).

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks*, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran

normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

b. Tanda-Tanda Persalinan

Dalam persalinan terdapat dua tanda-tanda persalinan, yaitu :

1) Tanda Menjelang Persalinan

Untuk primigravida kepala janin telah masuk pintu atas panggul pada minggu ke-36 yang disebut dengan *lightening*.

2) Tanda Mulai Persalinan

Menurut Mochtar (2011), tanda – tanda mulai persalinan yaitu timbulnya his persalinan dengan ciri sebagai berikut:

- a) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- c) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- d) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
- e) Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

c. Perubahan Dalam Proses Persalinan

Menurut Varney (2007), selama persalinan terjadi kenaikan tanda-tanda vital seperti tekanan darah yang mengalami peningkatan sistolik rata-rata

10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg akibat adanya kontraksi, peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5 sampai 1 derajat celcius, dan peningkatan denyut jantung akibat dari kenaikan metabolisme dalam tubuh.

d. Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). (Prawiroharjo, 2010).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Mochtar, 2011).
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase (Mochtar, 2011).

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Saifuddin, 2009). Tanda dan gejala kala II menurut Prawiroharjo (2010) adalah sebagai berikut:

- a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik.
 - b) Menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba, 2010).
 - c) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - d) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina.
 - e) Perineum terlihat menonjol.
 - f) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- 3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Prawiroharjo, 2009). Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Penataksanaan aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan pasca persalinan (Saifuddin, 2009).

Penatalaksanaan aktif kala III menurut Saifuddin (2009) meliputi:

- a) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b) Pemberian oksitosin dengan segera.
- c) Melakukan penegangan tali pusat terkendali atau PTT.
- d) Masase fundus lahir.

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut (Prawiroharjo, 2010). Asuhan dan pemantauan pada kala IV menurut Manuaba (2010) adalah sebagai berikut:

- a) Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta *rest*, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan di samping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama, dilanjutkan setiap 30 menit 1 jam berikutnya.

3. Bayi Baru Lahir/ Neonatus

a. Pengertian

Neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

b. Kunjungan Neonatus

Menurut Kemenkes (2013) kunjungan neonatus terdiri dari:

- 1) Kunjungan neonatal 1 pada usia 6-48 jam
- 2) Kunjungan neonatal 2 pada usia 3-7 hari
- 3) Kunjungan neonatal 3 pada usia 8-28 hari.

c. Menilai Pertumbuhan

Menurut Kemenkes (2007), secara fisiologis semua bayi mengalami penurunan berat badan dalam periode singkat sesudah lahir. Bayi dengan berat lahir 1500-2500 gram dapat kehilangan berat badan sampai 10% dalam lima hari pertama, sedangkan pada bayi dengan berat lahir rendah < 1500 gram kehilangan berat badan sampai 15% dalam tujuh hari pertama. Setelah berat lahir tercapai kembali, penambahan berat badan selama tiga bulan pertama pemberian makan seharusnya 30 sampai 35 gram per hari untuk bayi dengan berat lahir 1500-2500 gram (WHO, 2007).

4. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2010).

b. Kunjungan Nifas

Menurut Kemenkes (2013) kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:

- 1) Kunjungan nifas ke-1 pada 6-8 jam setelah persalinan, tujuannya:
 - a) Mencegah perdarahan waktu nifas karena atonia uteri.

- b) Mendeteksi penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
 - f) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya *hipotermia*.
- 2) Kunjungan nifas ke-2 pada 6 hari setelah persalinan, tujuannya:
- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- 3) Kunjungan nifas ke-3 pada 2 minggu setelah persalinan, tujuannya:
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi.
- 4) Kunjungan nifas ke-4 pada 6 minggu setelah persalinan, tujuannya:
- a) Menanyakan kepada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
 - b) Memberikan konseling KB secara dini.
 - c) Tali pusat harus tetap kering, ibu perlu diberitahu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan tercium bau busuk maka bayi segera dirujuk.
 - d) Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada ikterus. Ikterus pada hari ketiga *postpartum* adalah fisiologis yang tidak perlu pengobatan.
 - e) Perhatikan cara pemberian ASI.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Varney (2007) perubahan selama masa puerperium tersebut terjadi pada:

1) Uterus

Penurunan ukuran yang cepat ini direfleksikan dengan perubahan lokasi uterus, yaitu uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Pemberian metergin 0,2 mg per oral setiap empat jam untuk enam dosis diberikan untuk menurunkan risiko perdarahan pascapartum lambat akibat fragmen plasenta yang tertinggal (Varney, 2007).

Tabel 3. Proses Involusi Uteri

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simfisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber: Saifuddin (2009)

2) Lokhia

Lokhia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Menurut Ambarwati dan Wulandari (2010) lokhia yang normal adalah berwarna merah hitam (lokhia rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku dan jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut 3-5 jam), sedangkan yang abnormal adalah berwarna merah terang,

bau busuk, mengeluarkan darah beku dan perdarahan berat yaitu memerlukan penggantian pembalut setiap 2 jam sekali.

Tabel 4. Lokhia *Post Partum* Berdasarkan Warna dan Waktu Keluarnya

Jenis Lokhia	Waktu Keluar
Lokhia Rubra	Hari ke 1-4
Lokhia Sanguinolenta	Hari ke 4-7
Lokhia Serosa	Hari ke 7-14
Lokhia Alba	Hari ke 14-42

Sumber: Sulistyawati (2009)

3) Perubahan Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan (Myles, 2009).

b) Suhu

Kenaikan suhu yang mencapai $> 38^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi nifas (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

c) Nadi

Nadi berkisar antara 60-80 kali/menit. Denyut nadi diatas 100 kali/menit mengindikasikan suatu infeksi karena proses persalinan yang sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan. Jika takikardia tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis, sedangkan yang mengalami bradikardi yaitu denyut nadi 40-50 kali/menit sampai saat ini belum ada penelitian yang membuktikan bahwa suatu kelainan (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

d) Pernapasan

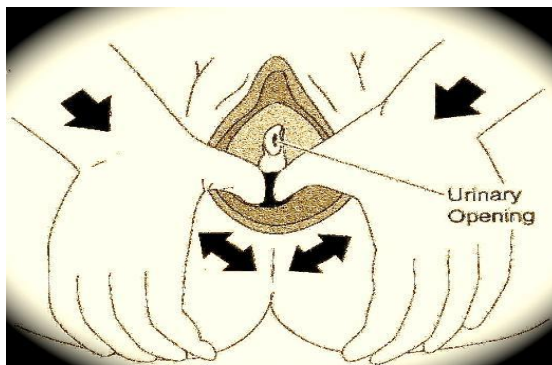
Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2007).

d. Pijat Perineum

Perineum merupakan bagian permukaan dari pintu bawah panggul yang terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan fascia urogenitalis serta diafragma pelvis (Wiknjastro, 2006). Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya kira-kira 4 cm (Prawirohardjo, 2010). Pijat perineum adalah salah satu cara yang paling kuno dan paling pasti untuk meningkatkan kesehatan, aliran darah, elastisitas, dan relaksasi otot-otot dasar panggul (Mongan, 2007). Menurut Herdiana (2009) teknik yang dapat dilakukan untuk pijat perineum adalah sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan ibu terlebih dahulu dan pastikan kuku ibu tidak panjang. Pijatan ini dapat dilakukan sendiri atau oleh pasangan (suami).
- 2) Berbaring dalam posisi yang nyaman. Beberapa wanita ada yang berbaring miring dan menggunakan bantal untuk menyangga kaki mereka. Ada yang menggunakan posisi semilitotomi atau posisi mengangkang. Jika pemijatan dilakukan saat berdiri, letakkan kaki satu di kursi dan kaki yang lain berada sekitar 60-90 cm dari kursi.

- 3) Ibu dapat menggunakan cermin untuk pertama kali guna mengetahui daerah perineum tersebut.
- 4) Gunakan minyak kelapa. Lakukan pemijatan sebelum mandi pagi dan sore.
- 5) Letakkan satu atau dua ibu jari (atau jari lainnya bila ibu tidak sampai) sekitar 2-3 cm di dalam vagina. Tekan ke bawah dan kemudian menyamping pada saat bersamaan. Perlahan-lahan coba regangkan daerah tersebut sampai ibu merasakan sensasi seperti terbakar, perih, atau tersengat.
- 6) Tahan ibu jari dalam posisi seperti di atas selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu berasa dan ibu tidak terlalu merasakan perih lagi.
- 7) Tetap tekan daerah tersebut dengan ibu jari. Perlahan-lahan pijat ke depan dan ke belakang melewati separuh terbawah vagina. Lakukan ini selama 3-5 menit. Hindari pembukaan saluran kemih dan ibu dapat memulai dengan pijatan ringan dan semakin ditingkatkan tekanannya seiring dengan sensitivitas yang berkurang.
- 8) Ketika sedang memijat, tarik perlahan bagian terbawah dari vagina dengan ibu jari tetap berada di dalam. Hal ini akan membantu meregangkan kulit.
- 9) Lakukan pijatan perlahan-lahan dan hindari pembukaan dari katup uretra (lubang kencing) untuk menghindari iritasi atau infeksi.



Gambar 1. Cara Pemijatan Perineum

5. Keluarga Berencana

Dalam perencanaan keluarga, bidan menentukan terlebih dahulu fase yang ingin digunakan ibu apakah fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan atau fase tidak hamil lagi (Saifuddin, 2010). Bidan memberikan beberapa jenis konseling yaitu konseling KB awal, pemilihan cara, pemantapan, pengayoman, dan pengobatan (Arum dan Sujiyatini, 2011) . Rekomendasi hasil kajian *Health Technology Assesment (HTA) Indonesia* (2009) semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan keluarga berencana pascapersalinan yaitu diantaranya yaitu kondom. Menurut Saiffudin (2009) kondom adalah sebagai berikut:

a. Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual.

b. Cara Kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

c. Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

d. Manfaat

- 1) Manfaat secara kontrasepsi yaitu efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.
- 2) Manfaat nonkontrasepsi yaitu memberi dorongan kepada suami untuk berkeluarga berencana dan saling berinteraksi sesama pasangan.

e. Keterbatasan

Keterbatasan metode kondom yaitu efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung) dan harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.

f. Cara Penggunaan/Instruksi Bagi Klien

- 1) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual.
- 2) Jangan menggunakan gigi, benda tajam seperti pisau, silet, gunting atau benda tajam lainnya pada saat membuka kemasan.
- 3) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada gland penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.
- 4) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampungan sperma pada bagian ujungnya, maka saat memakai longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.
- 5) Kondom dilepas sebelum penis melembek.
- 6) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepaskan kondom di luar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina.
- 7) Gunakan kondom hanya untuk sekali pakai.
- 8) Buang kondom bekas pada tempat yang aman.
- 9) Sediakan kondom dalam jumlah cukup di rumah dan jangan disimpan di tempat yang panas karena hal ini dapat menyebabkan kondom menjadi rusak atau robek saat digunakan.

- 10) Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapuh/kusut.
- 11) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petroleum karena akan merusak kondom.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama untuk penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk mendukung terlaksananya asuhan kebidanan yang berkualitas dan sebagai parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan serta sebagai perlindungan hukum bagi bidan dan klien/pasien maka diperlukan suatu standar profesi dan standar asuhan kebidanan sebagai acuan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek *input*, proses dan *output*.

Standar profesi bidan yang berhubungan dengan asuhan berkesinambungan dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL/neonatus dan KB tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan, sedangkan landasan

untuk melaksanakan tindakan/kegiatan dalam ruang lingkup bagi bidan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

1. Kepmenkes RI No. 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan

Untuk menjamin pelayanan yang aman dan berkualitas serta sebagai landasan untuk standarisasi dan perkembangan profesi kebidanan maka diperlukan standar dan pembatasan kompetensi dalam kebidanan. Kompetensi yang berhubungan dengan asuhan kebidanan pada keluarga, ibu hamil, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB tercantum dalam kompetensi 1 sampai dengan kompetensi 7.

- a. Kompetensi ke 1: Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
- b. Kompetensi ke-2: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
- c. Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu. Pengetahuan dasar

yang berhubungan dengan anemia yaitu mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, *hiperemesis gravidarum*, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molahidatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklamsia.

- d. Kompetensi ke-4: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi yang baru lahir.
- e. Kompetensi ke-5: Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- f. Kompetensi ke-6: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- g. Kompetensi ke-7: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

2. Kepmenkes RI No. 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

a. STANDAR I: Pengkajian

- 1) Pernyataan Standar: bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
- 2) Kriteria Pengkajian
 - a) Data tepat, akurat, dan lengkap.
 - b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
 - c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

b. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

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

c. STANDAR III: Perencanaan

- 1) Pernyataan Standar: Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
- 2) Kriteria Perencanaan:
 - a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
 - b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
 - c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 - d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. STANDAR IV: Implementasi

- 1) Pernyataan Standar: Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2) Kriteria:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e) Menjaga privasi klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. STANDAR V: Evaluasi

- 1) Pernyataan Standar: Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria Evaluasi

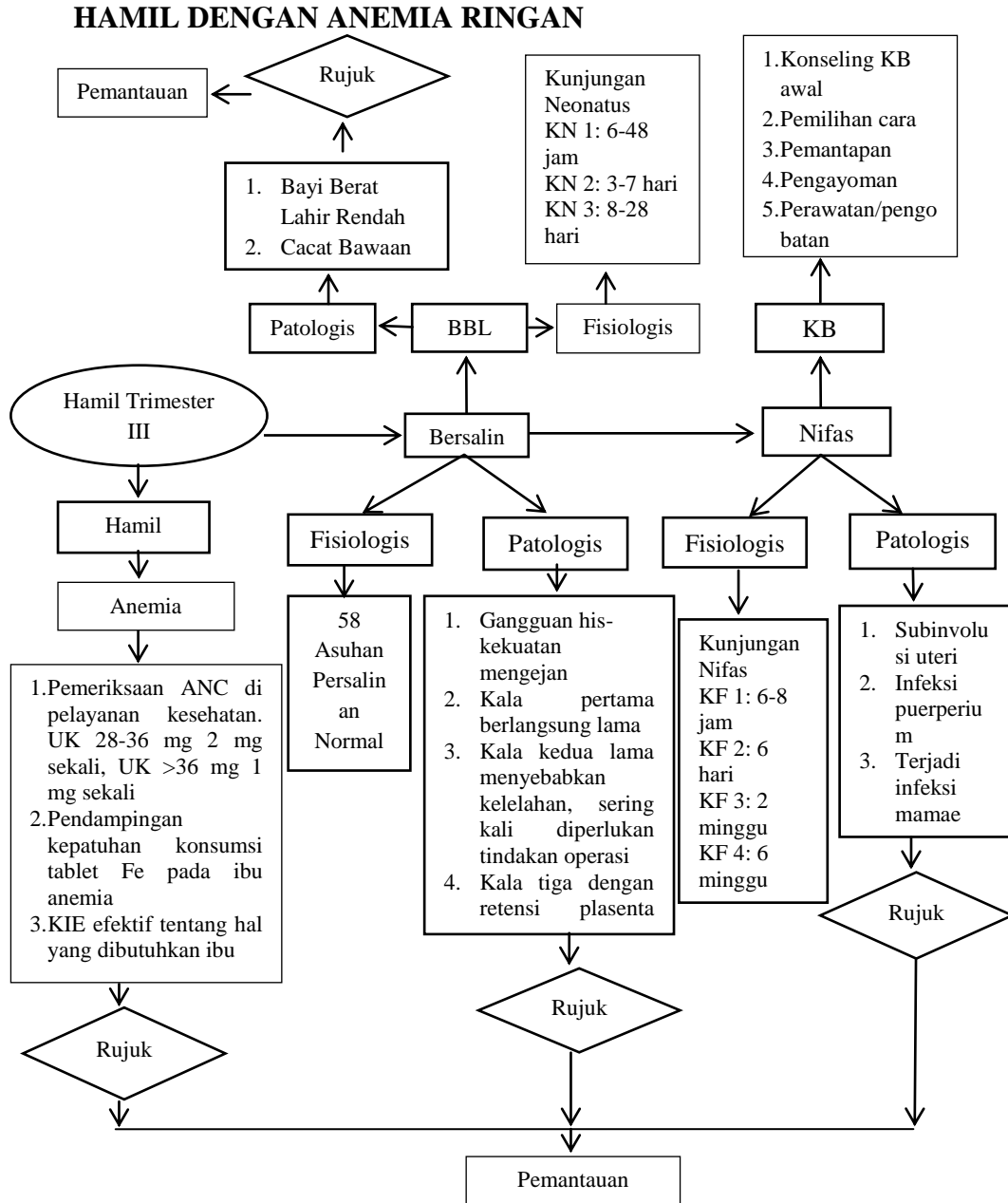
- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

- 1) Pernyataan Standar: Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
- 2) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan
 - a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/ buku KIA).
 - b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
 - c) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
 - d) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
 - e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
 - f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

C. **FLOWCHART ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN IBU**



Sumber: Pedoman Pelayanan ANC Terpadu (Kemenkes, 2010) dengan modifikasi

Keterangan:

○ : Awal dari suatu proses → :Proses ◇ : Keputusan

Gambar 2. Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Ibu Hamil Anemia