

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan Normal

a. Pengertian kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. 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, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

b. Perubahan Anatomi Fisiologi Kehamilan

1) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, curah jantung meningkat sampai 30-50%. Perubahan ini terjadi karena adanya janin yang terus tumbuh menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu dan pada akhir kehamilan rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Volume darah total merupakan kombinasi dari volume plasma yang meningkat 75% dan volume sel darah merah meningkat 33% dari sebelum hamil. Pada kehamilan fisiologis terjadi adanya pencairan darah yang disebut haemodilusi yang terlihat dari kadar hematokrit yang rendah

yang dikenal dengan anemia fisiologis yang sering terjadi sampai usia kehamilan 32 minggu (Varney, dkk., 2007).

2) Sistem Sirkulasi Darah

Saat kehamilan volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali (Manuaba, dkk., 2010).

c. Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Varney, dkk., (2007) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III salah satunya adalah leukorea. Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah yang besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *Döderlein*. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis. Produktivitas kelenjar serviks dalam menyekresi sejumlah besar lendir dapat mengakibatkan leukorea.

d. *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care (ANC)* adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, dkk., 2008). Jadwal Pemeriksaan ANC dilakukan kontak sebanyak 4 kali yaitu pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 2 kali, dan trimester III sebanyak 2 kali.

Pada pemeriksaan ANC harus ditentukan gravida atau paritas klien. Penentuan graviditas/ paritas menurut Fraser dan Cooper (2009) gravida menunjukkan beberapa kali seorang wanita pernah hamil. Bila saat ini hamil, kehamilannya masuk hitungan. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi verbal.

Untuk menentukan usia kehamilan secara akurat, taksiran usia kehamilan harus selaras dengan dua dari tiga metode berikut yaitu tanggal pasti HPMT, ibu mengetahui tanggal hari pertama menstruasi terakhirnya dan siklus menstruasinya teratur, pengukuran uterus dan ultrasonografi. Menghitung HPL dengan rumus Naegele adalah tanggal HPMT ditambah tujuh dan Bulan pada HPMT dikurangi 3 (Fraser dan Cooper, 2009).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar sesuai dengan buku Pedoman Pelayanan *Antenatal Care* Terpadu terdiri dari :

1) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.

Tabel 1. Rekomendasi Rentang Kenaikan Berat Badan Total untuk wanita hamil, Berdasarkan Indeks Masa Tubuh sebelum hamil

IMT	Rekomendasi kenaikan BB total (kg)
Rendah (IMT < 19,8)	12,5-18
Normal (IMT 19,8-26,0)	11,5-16
Tinggi (IMT > 26,0-29,0)	7,0-11,5

Sumber : Fraser dan Cooper, 2009

Rumus perhitungan IMT adalah

$$\frac{\text{BB sebelum hamil (kg)}}{(\text{Tinggi badan (m)})^2}$$

- 2) Ukur lingkar lengan atas (LLA)
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Hitung denyut jantung janin (DJJ)
- 5) Pemeriksaan Ekstremitas
- 6) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- 7) Beri tablet tambah darah (tablet besi),

8) Pengukuran tinggi fundus

Pengukuran TFU pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Tabel 2. Perkiraan Tinggi Fundus Berbagai Usia Kehamilan

Usia kehamilan (dalam minggu)	Perkiraan Tinggi Fundus Uteri
12	Setinggi simfisis pubis
16	Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilicus
20	1-2 jari dibawah umbilicus
24	1-2 jari diatas umbilicus
28-30	3 jari diatas umbilicus
32	4 jari dibawah prosesus xifoideus
36-38	1 jari dibawah prosesus xifoideus
40	2-3 jari dibawah prosesus xifoideus

Sumber : Fraser dan Cooper, 2009

9) Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui:

- a) Menentukan letak, presentasi, posisi dan jumlah janin menggunakan maneuver Leopold
- b) Penancangan (*engagement*)
- c) Observasi atau palpasi gerakan janin
- d) Perkiraan berat badan janin (membandingkan taksiran berat janin yang lalu dengan hasil sekarang). Dihitung dengan rumus Mc. Donald (tinggi Fundus dalam cm- n) $\times 155$ = Berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$.

- e) Observasi luka parut atau memar dan penjelasannya.
(Varney, dkk., 2007).

10) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- a) Pemeriksaan golongan darah
- b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga.

- c) Pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah malaria, pemeriksaan tes sifilis, pemeriksaan HIV, pemeriksaan BTA.

2. Faktor Risiko Kehamilan

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya. Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum atau sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot

perkiraan dari berat atau ringannya risiko. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil (*tabel skor terlampir*). Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2.
- b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10.
- c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati,2011).

Menurut Rochjati (2010) anemia merupakan salah satu faktor risiko pada kehamilan yang masuk pada golongan II. Anemia atau kurang darah merupakan keluhan yang dirasakan ibu hamil adalah lemas, lekas lelah, mata berkunang-kunang, dan jantung berdebar. Pengaruh anemia terhadap kehamilan antara lain menurunkan daya tahan tubuh ibu hamil, menghambat pertumbuhan janin, dan persalinan prematur.

3. Anemia dalam kehamilan

a. Pengertian Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi,terutama pada trimester 2 (Saifuddin, 2009).

b. Etiologi Anemia

Menurut Manuaba, dkk., (2007) penyebab anemia pada kehamilan adalah:

1) Kekurangan asupan zat besi

Kecukupan akan zat besi tidak hanya dilihat dari konsumsi makanan sumber zat besi tetapi juga tergantung variasi penyerapannya yang membentuk 90% Fe pada makanan seperti biji-bijian, sayur, telur, buah tidak mudah diserap tubuh.

2) Peningkatan kebutuhan fisiologi

Kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan.

3) Kebutuhan yang berlebihan

Bagi ibu yang sering mengalami kehamilan (multiparitas), kehamilan kembar, riwayat anemia, maupun perdarahan pada kehamilan sebelumnya membutuhkan pemenuhan zat besi yang lebih banyak.

4) Malabsorpsi

Gangguan penyerapan zat besi pada usus dapat menyebabkan pemenuhan zat besi pada ibu hamil terganggu.

5) Kehilangan darah yang banyak (persalinan yang lalu, operasi, perdarahan akibat infeksi kronis misalnya cacangan).

c. Tanda dan Gejala Anemia

Menurut Varney, dkk., (2007) tanda dan gejala anemia adalah sebagai berikut :

- 1) Letih, sering mengantuk.
- 2) Pusing, lemah.
- 3) Nyeri kepala.
- 4) Luka pada lidah.
- 5) Kulit pucat.
- 6) Membran mukosa pucat (misal, konjungtiva).
- 7) Bantalan kuku pucat.
- 8) Tidak ada nafsu makan, mual, dan muntah.

d. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Klasifikasi berat ringannya anemia dapat diketahui dari besarnya kadar hemoglobin. Menurut Manuaba, dkk., (2010) hasil pemeriksaan hemoglobin dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Tabel 3. Diagnosis Anemia dalam Kehamilan

No	Hemoglobin	Diagnosis
1	11 g%	Tidak anemia
2	9-10 g%	Anemia ringan
3	7-8 g%	Anemia sedang
4	<7 g%	Anemia berat

Sumber : *Manuaba, dkk., 2010*

e. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia

1) Tingkat Pendidikan

Orang yang berpendidikan tinggi cenderung berpikir obyektif dan berwawasan luas. Tingkat pengetahuan keluarga bukan satu-satunya menentukan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan zat gizi. Faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan menyerap informasi tersebut kedalam kehidupan sehari-hari berupa pengetahuan tentang gizi. Banyaknya informasi yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan tubuh akan zat gizi dan kemampuan untuk menerapkan pengetahuan gizi ke dalam pemilihan pangan dan pengembangan serta cara pemanfaatannya yang benar dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, dkk., 2008).

2) Status Ekonomi

Status ekonomi mempunyai efek pada terjadinya anemia, status ekonomi yang lebih rendah menimbulkan angka nutrisi buruk yang lebih tinggi, sehingga mengakibatkan angka anemia defisiensi zat besi lebih tinggi (Varney, dkk., 2007).

3) Pola Konsumsi Fe

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

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

4) Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Besi

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

5) Konsumsi Zat Besi Bersamaan dengan Kalsium

Mengonsumsi zat besi bersama dengan kalsium misalnya yang terkandung pada susu atau keju dapat menghambat penyerapan zat besi, dianjurkan untuk memberi sela selama 2 jam sebelum atau sesudah mengonsumsi zat besi (Ani, 2013).

6) Status Pekerjaan Ibu

Berat ringannya pekerjaan ibu juga akan mempengaruhi kondisi ibu dan pada akhirnya akan berpengaruh pada status kesehatan. Ibu yang bekerja punya kecenderungan kurang istirahat, konsumsi makan yang tidak seimbang sehingga mempunyai risiko lebih besar menderita anemia dibandingkan ibu yang tidak bekerja (Wijianto, 2010).

f. Pengaruh Anemia

Menurut Manuaba, dkk., (2010) anemia pada kehamilan memberikan pengaruh terhadap kehamilan itu sendiri maupun terhadap janin.

1) Pengaruh anemia terhadap kehamilan

- a) Bahaya yang terjadi selama kehamilan, yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ g\%}$), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).
- b) Bahaya yang dapat terjadi saat persalinan, yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala satu dapat berlangsung lama, terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala tiga dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.
- c) Bahaya yang dapat terjadi saat nifas, yaitu dapat menyebabkan subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerpurium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis

mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, dan mudah terjadi infeksi payudara.

2) Pengaruh anemia terhadap janin

Meskipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian intrauterine, persalinan dengan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapatkan infeksi sampai kematian perinatal, dan intelegensia rendah.

g. Penanganan Anemia dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan dapat ditangani dengan tindakan sebagai berikut :

- 1) Mengonsumsi makanan yang kaya zat besi dapat menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil konseling nutrisi sebaiknya menekankan pada pentingnya memasukkan makanan kaya zat besi, seperti sayuran berdaun hijau, kubis hijau, kuning telur, kismis, hati, tiram, daging berwarna merah, dan kacang-kacangan (Varney, dkk., 2007).

- 2) Terapi anemia defisiensi besi ialah dengan preparat besi oral atau parenteral. Terapi oral ialah dengan pemberian preparat besi: fero sulfat, fero gluconat, atau Na-fero bisitrat (Saifuddin, 2009).
- 3) Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 g%/bulan. Efek samping pada traktus gastrointestinal relatif kecil pada pemberian preparat Na-fero bisitrat dibandingkan dengan ferosulfat. Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 µg asam folat untuk profilaksis anemia (Saiffudin, 2009).
- 4) Pemberian preparat parenteral yaitu dengan ferum dextran sebanyak 1000 mg (20 ml). Intravena atau 2 x 10 ml/im pada gluteus, dapat meningkatkan Hb relatif lebih cepat yaitu 2g%. Pemberian parenteral ini mempunyai indikasi: intoleransi besi pada traktus gastrointestinal, anemia yang berat, dan kepatuhan yang buruk. Efek samping utama ialah reaksi alergi, untuk mengetahuinya dapat diberikan dosis 0,5 cc/im dan bila tak ada reaksi dapat diberikan seluruh dosis(Saifuddin, 2009).
- 5) Transfusi darah diindikasikan bila terjadi hipovolemia akibat kehilangan darah atau prosedur operasi darurat. Wanita hamil dengan anemia sedang yang secara hemodinamis stabil, dapat beraktifitas tanpa menunjukkan gejala menyimpang dan tidak

septik, transfusi darah tidak diindikasikan, tetapi diberi terapi besi selama setidaknya 3 bulan (Cunningham, dkk., 2013).

- 6) Pendampingan dalam konsumsi tablet Fe dan makanan kaya zat besi juga mampu meningkatkan kepatuhan ibu dalam mengkonsumsi tablet Fe. Sehingga anemia yang dialami ibu mampu teratasi (Aditianti, 2015).

h. Peningkatan Penyerapan Zat Besi

Menurut Varney, dkk., (2007) beberapa cara untuk meningkatkan penyerapan zat besi adalah sebagai berikut :

- 1) Minumlah zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan.
- 2) Hindari mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal).
- 3) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C).
- 4) Masaklah makanan dalam jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin.
- 5) Makanlah daging, unggas, dan ikan. Zat besi yang terkandung dalam bahan makanan ini lebih mudah diserap dan digunakan dibanding zat besi dalam bahan makanan lain.

4. Persalinan Normal

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, dkk., 2010).

b. Tanda-tanda Persalinan

Dalam persalinan terdapat dua tanda-tanda persalinan, yaitu:

1) Tanda Menjelang Persalinan

a) Untuk primigravida kepala janin telah masuk PAP pada minggu 36 yang disebut dengan *lightening*.

(1) Rasa sesak di epigastrium semakin berkurang.

(2) Masuknya kepala janin menimbulkan sesak dibagian bawah dan menekan kandung semi.

(3) Dapat menimbulkan sering kencing atau disebut polikasuria.

(4) Pada pemeriksaan akan didapati:

(a) Tinggi fundus uteri semakin turun.

(b) Serviks mulai lunak, meskipun belum ada pembukaan.

b) *Braxton hicks* kontraksi makin frekuen

- (1) Sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit.
- (2) Pengaruhnya terhadap *effacement* dan pembukaan serviks dapat mulai muncul.
- (3) Kadang-kadang pada multigravida sudah ada pembukaan.
- (4) Dengan *stripping* selaput ketuban akan dapat memicu his semakin frekuen dan persalinan dapat dimulai.

2) Tanda Mulai Persalinan

Timbulnya his persalinan dengan ciri:

- 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) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba, dkk., 2010).
- e) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil pada serviks.
- f) Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Mochtar, 2011).

c. Perubahan Fisiologis Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm 100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Sel darah putih secara progresif meningkat selama kala satu persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap. Tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Manuaba, dkk., 2010).

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, 2009).

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). Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu :

- (1) Denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam.
 - (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam.
 - (3) Nadi diperiksa setiap 30-60 menit.
 - (4) Suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam.
 - (5) Tekanan darah diperiksa setiap 4 jam.
 - (6) Pembukaan *serviks* dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali (Saifuddin, 2009).
- b) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
- (1) Periode akselerasi berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.
 - (3) Periode deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Mochtar, 2011).

Tabel 4. Frekuensi minimal dan intervensi

parameter	Frekuensi fase laten	Frekuensi fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Detak jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi uterus	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Perubahan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam
Penurunan kepala	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam
Urine	Setiap 2 jam	Setiap 2 jam

Sumber: Fraser dan Cooper, 2009

Selama kala 1 fase aktif partograf harus digunakan sampai dengan kelahiran bayi sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (Prawiroharjo, 2010). Kondisi ibu dan janin yang perlu dicatat yaitu:

- (1) Denyut jantung janin. Setiap 30 menit.
- (2) Air ketuban. Setiap pemeriksaan vagina.

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekoneum

D : air ketuban bercampur darah

K : tidak ada cairan ketuban/kering

- (3) Perubahan bentuk kepala janin

0 : sutura terpisah

1 : sutura tepat/bersesuaian

2 : sutura tumpang tindih, tetapi dapat diperbaiki

3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

- (4) Pembukaan *serviks*. Setiap 4 jam diberi tanda silang

(x).

- (5) Penurunan. Penurunan kepala dibagi 5 bagian yang teraba pada pemeriksaan abdomen/luar di atas *simfisis pubis*.

- (6) Waktu. Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- (7) Jam. Catat jam sesungguhnya.
- (8) Kontraksi. Setiap setengah jam. Banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi < 20 detik, 20 – 40 detik, > 40 detik.
- (9) Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catat banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- (10) Obat yang diberikan.
- (11) Nadi setiap 30 – 60 menit dan tandai dengan titik besar (●).
- (12) Tekanan darah. Setiap 4 jam tandai dengan anak panah.
- (13) Suhu badan. Setiap 2 jam.
- (14) Protein, aseton, dan volume urin. Setiap kali ibuberkemih (Saifuddin, 2009).

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:

- 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, dkk., 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 (Prawiroharjo, 2010).

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).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. (Prawiroharjo, 2009). Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- 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 disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2jam dengan interval pemeriksaan setiap jam (Manuaba, dkk., 2010).

5. Bayi baru lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) menurut Marmi (2012) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan

baik. Menurut Marmi (2012) menyebutkan bahwa BBL normal adalah bayi yang lahir yaitu dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram.

b. Ciri-ciri Bayi Normal

Menurut Marmi (2012) bahwa bayi baru lahir normal mempunyai ciri – ciri sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500 - 4000 gram.
- 2) Panjang badan lahir 48 - 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut keapal biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia pada laki – laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Refleksiucking dan menelan sudah terbentuk dengan baik. Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketikamenyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi.
- 12) Reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

- 13) Reflek *grasp* atau menggenggam sudah baik. Reflek ini hilang setelah 3-4 bulan.
- 14) Reflek babinski adalah refleksi primitif pada bayi yang berupa gerakan jari-jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Reflex ini hilang di usia 4 bulan.
- 15) Pola eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Prawiroharjo, 2009).

2) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. (Prawiroharjo, 2009). Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptik untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum, yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. (Prawiroharjo, 2010).

3) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Prawiroharjo, 2010). Menurut Kemenkes RI (2012) menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui pada satu payudara. Sebagian besar bayi akan menemukan puting susu ibu dalam waktu 30-60 menit. Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusui setidaknya satu jam atau lebih bila bayi baru menemukan puting susu setelah satu jam.

4) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonates (Prawiroharjo, 2009). Vitamin K diberikan ini secara IM pada paha anterolateral kanan (Varney, dkk., 2009). Injeksi vitamin K dianjurkan 1-2 jam setelah bayi lahir. Namun secara fisiologis kadar faktor koagulasi tergantung vitamin K dalam tali pusat sekitar 50%

dan akan menurun dengan cepat mencapai titik terendah dalam 48-72 jam setelah kelahiran (Kemenkes RI, 2011).

5) Pemberian Salep Mata

Menurut Prawiroharjo, 2010 pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Memberikan 0,5 ml (10 mcg) vaksin hepatitis B pada paha anterolateral kiri (Varney, dkk., 2009).

d. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus (Kemenkes RI, 2012):

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

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

e. Deteksi Dini untuk Komplikasi

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012) cara mendeteksi dini komplikasi pada Neonatus yaitu dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut:

- (1) Tidak mau minum/menyusu atau memuntahkan semua.
- (2) Riwayat kejang.
- (3) Bergerak hanya jika dirangsang/letargis.
- (4) Frekuensi nafas ≤ 30 x/menit dan ≥ 60 x/menit.
- (5) Suhu tubuh $\leq 36,5^0\text{C}$ dan $\geq 37,5^0\text{C}$.
- (6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
- (7) Merintih.
- (8) Ada pustul kulit.
- (9) Nanah banyak di mata.
- (10) Pustul kemerahan meluas ke dinding perut.
- (11) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
- (12) Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.

(13) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian.

f. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan (Sulistiyowati, 2009). Anjurkan ibu untuk menyusui bayi secara *on demand* atau sesuai keinginan bayi, setidaknya 8 kali sehari (Kemenkes RI, 2012).

g. Pola Makan dan Kenaikan Berat Badan

Dalam 3-5 hari pertama kehidupan, bayi baru lahir kehilangan berat badan sebanyak 5%-10% dari berat lahirnya. Bayi yang minum ASI kehilangan berat badan lebih banyak. Berat lahir harus dicapai kembali pada hari ke 10 kehidupan (Varney, dkk., 2009).

h. Imunisasi BCG

Imunisasi BCG berfungsi untuk mencegah penularan Tuberkulosis (TBC) tuberkulosis disebabkan oleh sekelompok bakteri bernama *Mycobacterium tuberculosis complex*. Pada manusia, TBC terutama menyerang sistem pernafasan (TB paru), meskipun organ tubuh lainnya juga dapat terserang (penyebaran atau ekstraparu TBC). Imunisasi BCG disuntikkan secara intracutan dengan spuit 1 cc.

Setelah diberikan imunisasi BCG, reaksi yang timbul tidak seperti pada imunisasi dengan vaksin lain. Imunisasi BCG tidak menyebabkan demam. Setelah 1-2 minggu diberikan imunisasi, akan timbul indurasi dan kemerahan ditempat suntikan yang berubah menjadi pustula, kemudian pecah menjadi luka. Luka tidak perlu pengobatan khusus, karena luka ini akan sembuh dengan sendirinya secara *spontan*. Kadang terjadi pembesaran kelenjar regional diketiak atau leher. Pembesaran kelenjar ini terasa padat, namun tidak menimbulkan demam.

6. Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan komplikasi penyakit yang mungkin terjadi, penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawiroharjo, 2010).

b. Klasifikasi Masa Nifas

Menurut Mochtar (2013) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap :

1) Puerperium Dini

Kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, kurang lebih 40 hari.

2) Puerperium Intermediat

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Puerperium Lanjut

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

c. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Uterus, segera setelah pelairan bayi, plasenta, dan selaput janin, beratnya sekitar 1000 g. Berat uterus menurun sekitar 500 g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat yang biasanya pada saat tidak hamil, yaitu 70 g pada minggu kedelapan pascapartum (Varney, dkk., 2007). Menurut Mochtar (2012), perubahan uterus masa nifas adalah seperti berikut ini :

Tabel 5. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

2) Lokia

Menurut Sofian (2012) lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

(a) Lokia Rubra (cruenta)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

(b) Lokia Sanguinolenta

Berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan.

(c) Lokia Serosa

Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

(d) Lokia Alba

Cairan putih, setelah 2 minggu.

(e) Lokia Purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

3) Laktasi/ Pengeluaran Air Susu Ibu

Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak, dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika di sentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam. Susu putih kebiruan (tampak seperti susu skim) dapat dikeluarkan dari puting susu (Varney, dkk., 2007).

4) Sistem Hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan sel darah putih selama 2 hari pertama pascapartum. Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk., 2007).

5) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama *pascapartum* karena kehilangan cairan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan saat hamil, wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula (Varney, dkk., 2007).

d. Waktu Kunjungan Nifas KF1-KF3

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) ibu dianjurkan melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya.

Asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.

- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan.

Asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan.

Asuhannya:

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
 - c) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lochia, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung).
 - d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinnya.
- e. Nifas dengan Anemia

Dalam persalinan dan kelahiran dapat membuat ibu terlihat pucat dan lelah selama beberapa hari. Jika terjadi perdarahan yang berlebihan dapat dilakukan pemeriksaan darah rutin. Tujuan diketahuinya kadar hemoglobin adalah untuk mengetahui asuhan yang tepat. Jika kadar hemoglobin kurang dari 9gr% transfusi

darah mungkin diperlukan atau dapat diberi konseling mengenai diet yang tepat dan diberi zat besi jika ibu menolak transfusi atau jika kadar hemoglobin kurang dari 11gr% (Fraser dan Cooper, 2009). Kadar hemoglobin normal wanita tidak hamil menurut Kriebs (2010) adalah 12-16gr%.

7. Pelayanan Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi Metode Amenorea Laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim.

a. Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) sedara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Efektifitas metode ini termasuk tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan) (Saifuddin, 2010).

Menurut Affandi (2012) cara kerja *Metode Amenorea Laktasi (MAL)* adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi. Yang dapat menggunakan *Metode Amenorea Laktasi (MAL)* antara lain bayi harus berusia kurang dari enam bulan, wanita yang belum mengalami mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari

pascapartum, dan pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi (Varney, dkk., 2007).

Menurut Saifuddin (2010) menyebutkan bahwa yang tidak dapat menggunakan *Metode Amenorea Laktasi* (MAL) antara lain sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari enam bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari enam jam.

Menurut Saifuddin (2010) untuk mencapai keefektifan 98% pada *Metode Amenorea Laktasi* (MAL) antara lain:

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh.
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pascapersalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).
- 3) Bayi menghisap secara langsung.
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi.
- 6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- 7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
- 8) Hindari jarak menyusui lebih dari empat jam.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Muzayroh (2012) terdapat hubungan mengenai pemberian ASI eksklusif dengan kembalinya menstruasi, presentase tersebut adalah sebesar 75%.

Selama menyusui penghisapan air susu oleh bayi menyebabkan perubahan hormonal dimana terjadi peningkatan hormon prolaktin. Prolaktin bukan hanya menyebabkan meningkatnya produksi ASI, tetapi juga mempengaruhi ovulasi siklus menstruasi. Maka dari itu hampir tidak mungkin bagi seorang wanita akan hamil bila menyusui. Pada kenyataannya prolaktin 90% efektif mencegah sekresi hormon yang dibutuhkan untuk ovulasi yaitu GnRH dan FSH/LH. Bila Kadar prolaktin meningkat dalam darah ovulasi tidak terjadi (Aulia, 2009).

b. Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif (Wiknjosastro, 2005). Efektivitas kontrasepsi suntik cukup tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang ditentukan (Saifuddin, 2010).

1) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) cara kerja suntik progestin antara lain mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

2) Indikasi

Menurut Saifuddin (2010) bahwa yang dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin antara lain usia reproduksi, nullipara dan yang telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektivitas tinggi, menyusui, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abortus atau keguguran, telah banyak anak namun belum menghendaki tubektomi, perokok, tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsi (Fenitoin dan Barbiturat) atau obat tuberkulosis (Rifampisin), tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi dan mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

3) Kontraindikasi

Menurut Saifuddin (2010) yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin antara lain hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorea, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, dan diabetes mellitus disertai komplikasi.

4) Efek Samping

Menurut Hartanto (2010) mengatakan bahwa efek samping dari kontrasepsi suntik progestin antara lain gangguan haid, berat badan bertambah dan sakit kepala.

c. Pil Progestin

Pil progestin (minipil) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang) (Wiknjosastro,2007). Keefektifan pil progestin (minipil) bergantung pada kemauan klien menaati dengan ketat program minum pil pada waktu yang sama setiap hari mengingat kadar progestin serum untuk pil akan hilang dalam 24 jam (Varney, dkk., 2007).

1) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) menyebutkan bahwa cara kerja pil progestin (minipil) antara lain menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma dan mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

2) Efektivitas

Keefektifan pil progestin (minipil) bergantung pada kemauan klien menaati dengan ketat program minum pil pada

waktu yang sama setiap hari mengingat kadar progesterin serum untuk pil akan hilang dalam 24 jam (Varney, dkk., 2007).

3) Indikasi

Menurut Affandi (2012) yang dapat menggunakan pil progesterin (minipil) antara lain:

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- d) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- e) Pascakeguguran.
- f) Perokok segala usia.
- g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama kurang dari 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

4) Kontraindikasi

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa yang tidak dapat menggunakan pil progesterin (minipil) antara lain hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate), kanker payudara atau

riwayat kanker payudara, sering lupa menggunakan pil, miom uterus, dan riwayat stroke.

5) Efek Samping

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa efek samping dan penanganan penggunaan pil progestin (minipil) antara lain amenorea dan perdarahan tidak teratur (*spotting*).

d. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (Affandi, 2012). Metode ini termasuk efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) (Saifuddin 2010).

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa cara kerja implan antara lain lendir *serviks* menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma dan menekan ovulasi. Menurut Saifuddin (2010) mengatkan bahwa yang dapat menggunakan implant antara lain:

- 1) Perempuan pada usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak ataupun yang belum.
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui.

- 6) Pascakeguguran.
- 7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
- 8) Riwayat kehamilan ektopik.
- 9) Tekanan darah di bawah 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit (*sickle cell*).
- 10) Perempuan yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
- 11) Perempuan yang sering lupa menggunakan pil.

Menurut Saifuddin (2010) mengatakan bahwa yang tidak dapat menggunakan implant antara lain hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, memiliki benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara, perempuan yang tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, memiliki miom uterus dan kanker payudara serta mengalami gangguan toleransi glukosa. Menurut Hartanto (2010) mengatakan bahwa efek samping kontrasepsi implant antara lain:

- 1) Efek samping paling utama dari Norplant adalah perubahan pola haid.
- 2) Yang paling sering terjadi adalah bertambahnya hari-hari perdarahan dalam 1 siklus, perdarahan-bercak (*spotting*), berkurangnya panjang siklus haid dan amenore, meskipun lebih jarang terjadi dibandingkan perdarahan lama atau perdarahan-bercak.

- 3) Pada sebagian akseptor, perdarahan, perdarahan ireguler akan berkurang dengan jalannya waktu.
- 4) Perdarahan yang hebat jarang terjadi.

e. IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan) (Affandi, 2012). Menurut Kemenkes RI (2009) IUD dianjurkan bagi ibu *postpartum*.

1) Cara kerja

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

2) Indikasi

Menurut Affandi (2012) yang dapat menggunakan IUD antara lain usia reproduktif, keadaan nullipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan

dan tidak menyusui bayinya, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, resiko rendah dari IMS, tidak menghendaki KB hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

3) Kontraindikasi

Menurut Affandi (2012) yang tidak dapat menggunakan IUD antara lain sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya, sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, menderita TBC pelvic, kanker alat genital dan ukuran rongga panggul kurang dari 5 cm.

4) Efek Samping

Menurut Affandi (2012) efek samping penggunaan IUD antara lain perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit hingga kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid

atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia dan perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Asuhan kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan No. 369 tahun 2007 menyatakan bahwa asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

2. Langkah-Langkah Asuhan Kebidanan

Langkah-langkah asuhan kebidanan sesuai dengan Standar Asuhan Kebidanan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. 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. Standar asuhan Kebidanan terdiri dari 6 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 menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

c. Standar III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

d. Standar IV: Implementasi

Bidan melaksanakan 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.

e. Standar V: Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis 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.

3. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 369 tahun 2007, pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

4. Standar Kompetensi Bidan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan no 369 tahun 2007 standar kompetensi bidan adalah sebagai berikut:

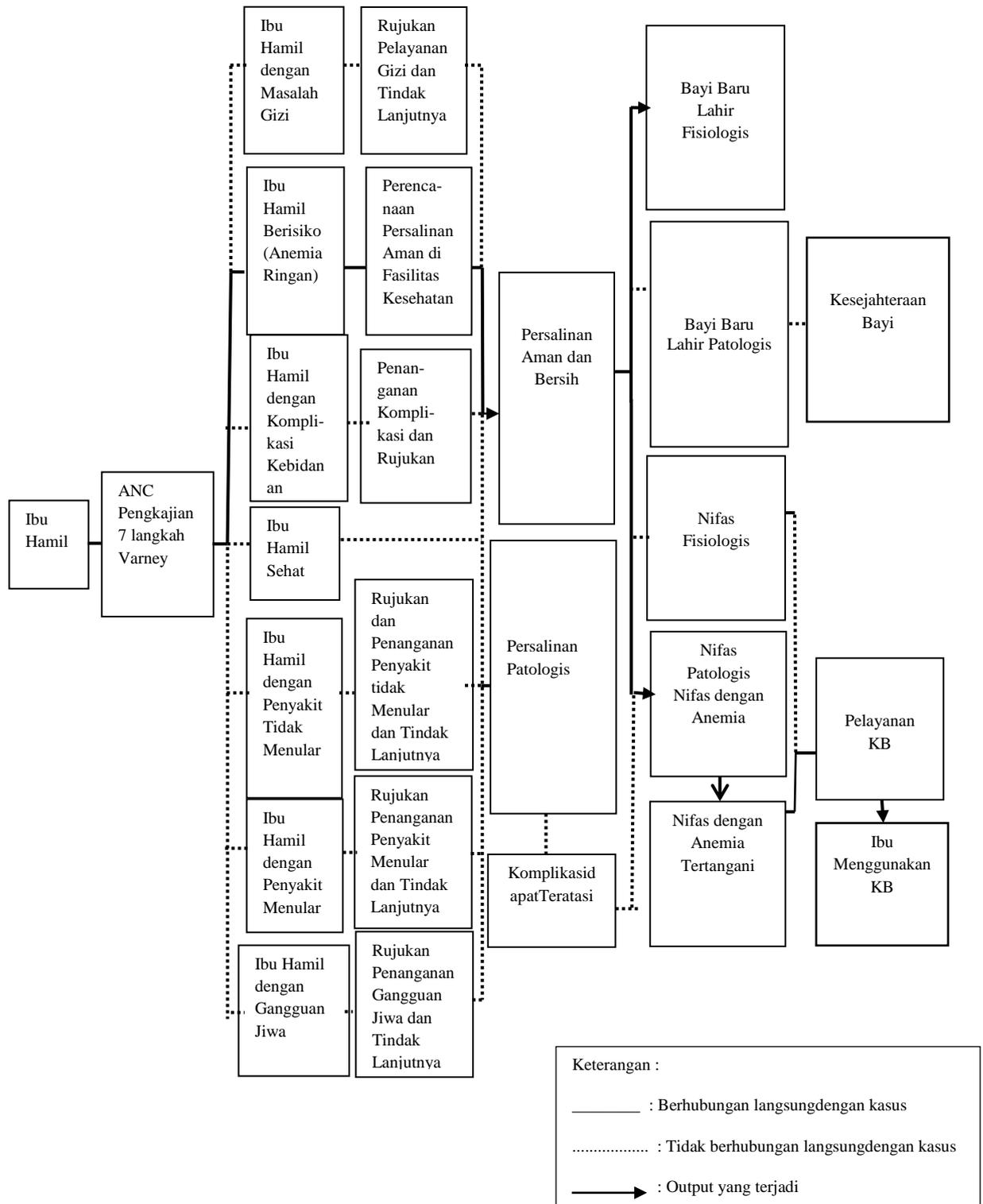
- a. Kompetensi ke 1: Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik

yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

- b. Kompetensi ke-2: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua
- c. Kompetensi ke-3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- d. Kompetensi ke-4: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- e. Kompetensi ke-5: Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- f. Kompetensi ke-6: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

- g. Kompetensi ke-7: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).
- h. Kompetensi ke-8: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- i. Kompetensi ke-9: Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

C. Flow Chart



Gambar 1. Modifikasi kerangka asuhan kebidanan komprehensif
(Kementrian Kesehatan RI, 2010 dan Manuaba, dkk., 2010)