BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Dasar

1. Teori Dasar Kehamilan

   a. Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari 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 dari bulan keempat dampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir, namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Sistem penilaian risiko tidak dapat memprediksi apakah ibu hamil akan bermasalah selama kehamilannya. Oleh karena itu pelayanan atau asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil nomal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Saifuddin, 2009).

b. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester Ketiga

Pada kehamilan trimester III terjadi beberapa perubahan fisologis, yaitu perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga segmen bawah rahim lebih tipis dan lebar, serta lebih tampak lingkaran retraksi fisiologi dinding uterus. Kepala janin turun ke pintu atas panggul sehingga menyebabkan sering kencing karena menekan *vesica urinaria* (Varney *et al*, 2006).

Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar (Manuaba *et al*, 2010).

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan

Usia kehamilan	**Dalam cm**	**Tinggi fundus uteri**
12 minggu	-	3 jari di atas simfisis
16 minggu	-	Pertengahan antara simpisis dan pusat
20 minggu	20 cm (±2 cm)	3 jari di bawah pusat
22 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (±2 cm)	Sepusat
28 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (±2 cm)	3 jari di atas pusat
34 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (±2 cm)	Pertengahan pusat dengan PX
36 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (±2 cm)	Setinggi PX
40 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (±2 cm)	3 jari di bawah PX

Sumber: Saifuddin, 2009

c. Perubahan Psikologis pada Kehamilan Trimester Ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi (Varney *et al*, 2007).

Pada hasil penelitian Owel *et al* (2015) menyebutkan bahwa olahraga selama sebelum hamil yang dilakukan 3-5 kali dalam seminggu menurunkan angka kesakitan pada pelvis sebesar 14%. Olahraga seperti lari, jogging, aerobik, dan permainan bola.

> "wanita hamil yang berolahraga 1-2 atau 3-5 kali dalam seminggu pada umur kehamilan ke-17 sampai dengan ke-30 minggu memiliki potensi bayi lahir cukup bulan" (Owe *et al*, 2012).

d. Pemeriksaan dan pengawasan Ibu hamil

1) Antenatal Care

Asuhan antenatal adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditunjukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Standar pelayanan ANC yang diprogramkan yaitu standar pelayanan ANC meliputi standar 14T. ANC dengan standar 14T dapat sebagai acuan pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu. Berdasarkan kebijakan program pemerintah pelayanan asuhan antenatal minimal 5T meningkat menjadi 7T dan sekarang 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemis malaria menjadi 14T yaitu ukur tinggi

badan dan berat badan, ukur tekanan darah, ukur TFU , imunisasi TT, tablet zat besi (FE) minimal 90 tablet selama kehamilan, tes PMS, temu wicara/ konseling, Pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urin, pemeriksaan reduksi urin, perawatan payudara, pemeliharaan tingkat kebugaran, terapi yodium, pemeriksaan malaria (Manuaba *et al*, 2010).

2) Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan khusus atau pemeriksaan penunjang jika di perlukan, contohnya pemeriksaan Hb pada ibu hamil minimal 2x di trimester I dan trimester II, pemeriksaan golongan darah 1x, protein urin 2x, glukosa urin 2x di trimester II dan trimester III, dll.

Tabel 2. Nilai Normal HB Ibu Hamil

Kadar Hb	Kategori
Hb 11 gr %	tidak anemia
9-10 gr %	anemia ringan
7-8 gr %	anemia sedang
< 7 gr %	anemia berat

Sumber: Manuaba *et al*, 2010

Tabel 3. Pemeriksaan Reduksi Urin

Negatif (-)	Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh
Positif 1 (+)	Hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
Positif 2 (++)	Kuning keruh
Positif 3 (+++)	Jingga keruh
Positif 4 (++++)	Merah keruh

Sumber: Winkjosastro, 2009

e. Ketidaknyamanan Selama Hamil dan Cara mengatasi (Varney *et al*, 2007):

1) Sering buang air kecil

   Cara mengatasi: mengosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing dan tetap memperbanyak minum.

2) Keputihan

   Cara mengatasi: meningkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari dan memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.

3) Keringat bertambah

   Cara mengatasi: memakai pakaian yang tipis dan longgar, meningkatkan asupan cairan dan mandi secara teratur.

4) Sembelit

   Cara mengatasi: meningkatkan diet asupan cairan, istirahat cukup dan membiasakan buang air besar secara teratur.

5) Nafas sesak

   Cara mengatasi: merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang.

6) Hemoroid

   Cara mengatasi: menghindari konstipasi dengan makan makanan yang berserat dan banyak minum, menggunakan kompres es atau air hangat dan dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai buang air besar.

7) Kelelahan/ fatigue

Cara mengatasi: menyarankan ibu untuk sering beristirahat.

8) Panas Perut (Heartburn)

Cara mengatasi: makan sedikit tapi sering, menghindari makan berlemak, berbumbu tajam, rokok, asap rokok, alkohol, berbaring setelah makan dan tidur dengan kaki ditinggikan.

9) Pusing/ Sinkop

Cara mengatasi: bangun secara perlahan dari posisi istirahat, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak, serta menghindari berbaring dalam posisi telentang.

10) Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasi: menggunakan posisi tubuh yang baik dan menggunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan tidur.

11) Varises pada kaki

Cara mengatasi: meninggikan kaki sewaktu berbaring, menjaga agar kaki tidak bersilangan, menghindari berdiri atau duduk terlalu lama dan menghindari pakaian atau korset yang ketat.

f. Faktor Risiko Ibu Hamil

Menurut Rochjati (2011) faktor risiko dalam kehamilan adalah sebagai berikut:

1) Primi muda

Ibu hamil pertama umur $\leq$ 16 tahun, rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya

diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain yaitu bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dalam kehamilan, dan perdarahan pasca persalinan.

2) Primi tua

Ibu yang hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun, pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga bertambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Bahaya yang dapat terjadi antara lain hipertensi/ tekanan darah tinggi, pre-eklamsi, ketuban pecah dini, dan perdarahan. Usia reproduktif untuk hamil yaitu 20-35 tahun.

3) Anak terkecil umur < 2 Tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui, selain itu anak tersebut masih butuh asupan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain perdarahan, bayi lahir prematur, dan bayi dengan berat badan lahir rendah/ BBLR < 2500 gram.

4) Primi Tua Sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terahir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/ persalinan yang pertama lagi. Umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Bahaya yang dapat terjadi ada ibu primi tua sekunder yaitu persalinan lama, perdarahan pasca persalinan, dan hipertensi dalam kehamilan.

5) Grande Multi

Ibu yang pernah hamil/ melahirkan anak 4 kali atau lebih, kemungkinan akan banyak ditemui keadaan yang dapat menganggu kesehatan ibu dan janin yaitu anemia dan kurang gizi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, dan perdarahan pasca persalinan.

6) Umur 35 Tahun atau Lebih

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh. Bahaya yang dapat terjadi yaitu pre-eklamsi, ketuban pecah dini, persalinan macet, dan perdarahan pasca persalinan.

7) Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan kedua dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, dan lahir hidup lalu mati umur $\leq$ 7 hari, dan kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya.

8) Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

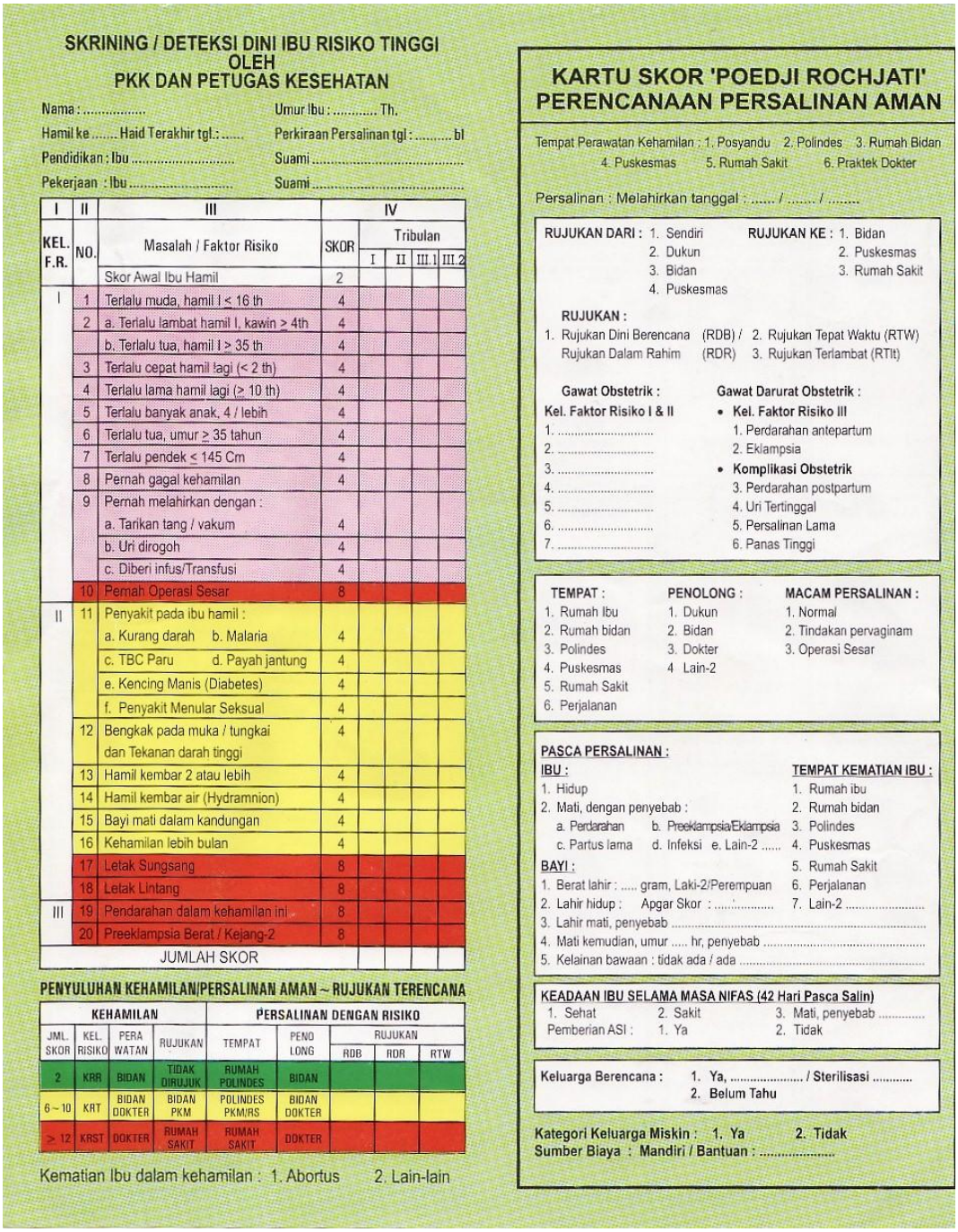
Tindakan dengan tarikan tang, cunam, forsep, atau vakum dapat membahayakan ibu dan janin. Bahaya yang dapat terjadi akibat tindakan dengan tarikan yaitu robekan/ perlukaan pada jalan lahir, perdarahan pasca persalinan, dan manual plasenta.

9) Penyakit pada Ibu Hamil

Penyakit pada ibu hamil disini meliputi anemia, malaria, kencing manis, tuberkulosis, dan diabetes melitus.

Menurut Rochjati (2011) cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko bisa menggunakan tabel skor risiko. Cara penentuannya berdasarkan jumlah skor yang kemudian digolongkan dalam tiga kelompok yaitu Kehamilan Risiko Rendah (KRR), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST). Ibu hamil dengan jumlah skor 2 masuk dalam kategori KRR, skor 6-10 kategori

KRT, dan skor ≥ 12 masuk kategori KRST. Berikut ini merupakan kartu skor Poedji Rochjati.



SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.
Hamil ke ..... Haid Terakhir tgl.: ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl
Pendidikan : Ibu ..... Suami .....
Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
		JUMLAH SKOR					

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6 ~ 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTlt)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Komplikasi Obstetrik
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

TEMPAT :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :
1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4 Lain-2

MACAM PERSALINAN :
1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....
BAYI :
1. Berat lahir : ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, ... / Sterilisasi .....
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : .....

Gambar 1. Kartu Skor Poedji Rochjati
(Rochjati, 2011)

g. Anemia dalam Kehamilan

1) Pengertian Anemia Dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi dimana kadar Hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 gr% pada trimester 2. Perbedaan nilai batas tersebut dihubungkan dengan kejadian hemodilusi (Saifuddin, 2009).

2) Tanda klinis anemia

Menurut Varney *et al* (2007), tanda klinis terjadinya anemia meliputi pusing, lemah, letih, sering mengantuk, nyeri kepala, kulit pucat, membran mukosa pucat (misal konjungtiva), bantalan kuku pucat, tidak ada nafsu makan, mual, dan muntah.

3) Etiologi Anemia

Menurut Manuaba *et al* (2007) penyebab anemia pada kehamilan adalah:

a) Kekurangan asupan zat besi

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

b) Peningkatan kebutuhan fisiologi

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

c) 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.

d) Malabsorbsi

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

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

4) Patofisiologi Anemia

Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa hemoglobin berkurang, sehingga tidak dapat memenuhi keperluan jaringan. Beberapa organ dan proses memerlukan oksigen dalam jumlah besar. Bila jumlah oksigen yang dipasok berkurang maka kinerja organ yang bersangkutan akan menurun, sedangkan kelancaran proses tertentu akan terganggu. Anemia menyebabkan jumlah oksigen yang diikat dan dibawa hemoglobin berkurang, sehingga tidak dapat memenuhi keperluan jaringan (Bothamley dan Boyle, 2012).

Anemia dapat menyebabkan perdarahan karena efektif sel darah merah berkurang karena Hb menurun, padahal fungsi Hb adalah mengikat oksigen untuk di kirimkan ke organ-organ vital

seperti otak dan seluruh tubuh, dengan demikian pengiriman oksigen pun menurun, hal ini menyebabkan efek buruk begitu juga uterus. Otot uterus tidak berkontraksi adekuat/ atonia uteri sehingga terjadi perdarahan post partum (Bothamley dan Boyle, 2012).

5) Diagnosis Anemia

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang – kunang, dan keluhan mual – muntah lebih hebat pada hamil muda.

Menurut Manuaba *et al* (2010) hasil pemeriksaan hemoglobin dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

a) Hb 11 gr% tidak anemia
b) Hb 9-10 gr% anemia ringan
c) Hb 7-8 gr% anemia sedang
d) Hb <7 gr% anemia berat

6) Faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil:

a) 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 menyerapkan 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 *et al*, 2010).

b) Status ekonomi

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

c) Ras

Rata-rata orang kulit hitam kadar hemoglobinnya lebih rendah daripada orang kulit putih tanpa memperhatikan tingkat sosio-ekonomi (Varney *et al*, 2007).

d) 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).

e) Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi tidak meminumnya secara rutin yang menyebabkan ibu hamil kekurangan besi. Mengkonsumsi tablet besi dapat menimbulkan efek samping yang yang mengganggu sehingga orang cenderung menolak tablet yang diberikan. Efek samping yang ditimbulkan dari konsumsi tablet Fe dapat berupa mual, muntah, feses menjadi hitam dan lebih padat (Arisman, 2010).

f) Konsumsi zat besi bersamaan dengan kalsium

Mengkonsumsi 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 mengkonsumsi zat besi (Ani, 2013).

7) Pengaruh anemia

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

a) Pengaruh anemia terhadap ibu

(1) 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 gr%), mola hidatidosa,

hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

(2) 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.

(3) Bahaya yang dapat terjadi saat nifas, yaitu dapat menyebabkan subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerpurium, pengeluaran ASI berkurang, anemia pada masa nifas, dan mudah terjadi infeksi payudara.

b) 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, kelahiran prematuritas, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah

mendapatkan infeksi sampai kematian perinatal, dan intelegensia rendah.

8) Penanganan Anemia dalam Kehamilan

a) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakah kemungkinan *pica*, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat (Robson dan Waugh, 2013).

b) Memberikan sulfat ferosa 200 mg 2-3 kali sehari. Sulfat ferosa diberikan 1 tablet pada hari pertama kemudian dievaluasi apakah ada keluhan (misalnya mual, muntah, feses berwarna hitam), apabila tidak ada keluhan maka pemberian sulfat ferosa dapat dilanjutkan hingga anemia terkoreksi (Robson dan Waugh, 2013).

c) Apabila pemberian zat besi peroral tidak berhasil (misalnya pasien tidak kooperatif) maka bisa diberikan dosis parenteral (per IM atau per IV) dihitung sesuai berat badan dan defisit zat besi (Robson dan Waugh, 2013).

d) 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 menunjukan gejala menyimpang dan tidak septik, transfusi darah tidak diindikasikan, tetapi diberi terapi besi selama setidaknya 3 bulan (Cunningham *et al,* 2013).

e) Pemberian vitamin zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet per hari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tablet zat besi ini sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2009).Terapi pemberian zat besi dapat menimbulkan efek samping seperti mual, feses berwarna kehitaman dan konstipasi yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien (Varney *et al*, 2007).

9) Upaya Peningkatan Penyerapan Zat Besi

Menurut Varney *et al* (2007) beberapa cara untuk meningkatkan penyerapan zat besi adalah sebagai berikut:

a) Minumlah zat besi tambahan di antara waktu makan atau 30 menit sebelum makan.
b) Hindari mengonsumsi kalsium bersama zat besi (susu, antasida, makanan tambahan prenatal).
c) Minumlah vitamin C (jus jeruk, tambahan vitamin C).
d) Masaklah makanan dalam jumlah air minimal supaya waktu masak sesingkat mungkin.
e) 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.

2. Teori Dasar Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba *et al*, 2010). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saifuddin, 2009).

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan dikatakan spontan jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forsep atau dilakukan operasi *sectio caesarea*.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya Pitocin dan prostaglandin (Marmi, 2012).

c. Jenis Persalinan menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin

1) Abortus yaitu pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

2) Persalinan Immaturus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

3) Persalinan Prematuritas yaitu persalinan sebelum umur kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

4) Persalinan Aterm yaitu persalinan antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram.

5) Persalinan Serotinus yaitu persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

6) Persalinan Presipitatus yaitu persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Marmi, 2012).

d. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan (Manuaba *et al*, 2010)

1) Tenaga (*Power*)

Tenaga adalah kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan, seperti his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

2) Isi Kehamilan (*Passenger)*

Faktor passanger terdiri atas 3 komponen, yaitu:

a) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin.

b) Air Ketuban

Saat persalinan air ketuban membuka servik dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri.

c) Plasenta

Plasenta dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

3) Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

e. Psikis Ibu bersalin

Menjelang persalinan, banyak hal mengkhawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Takut bayi cacat, takut harus operasi, takut persalinannya lama dan sebagainya. Kontraksi yang semakin meningkat menambah beban ibu, sehingga kekhawatiran pun

bertambah. Pada kondisi inilah apabila tidak ditangani dengan baik dapat merusak konsentrasi ibu sehingga persalinan menjadi terganggu. Sehingga dibutuhkan pendamping persalinan dari suami atau keluarga yang dapat menguatkan mental ibu (Marmi, 2012).

f. Proses Persalinan Normal

1) Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Menurut Varney *et al* (2008) proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

a) Fase Laten: berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat, serviks membuka sampai 3 cm.

b) Fase Aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 3 sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering.

Peran petugas kesehatan terutama bidan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/perasaan maupun fisik. Asuhan yang dapat diberikan berupa:

a) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat.

b) Mengatur aktivitas dan posisi ibu sesuai kenyamanan ibu.

c) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his dengan menarik nafas panjang, ditahan sebentar dan kemudian dilepaskan melalui mulut.

d) Menjaga privasi ibu dengan menggunakan penutup atau tirai serta tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu.

e) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan.

f) Menjaga kebersihan ibu dengan diperbolehkan mandi.

g) Mengatasi rasa panas dengan menggunakan kipas angina atau AC dalam kamar.

h) Melakukan pijatan pada punggung atau mengusap perut ibu dengan lembut.

i) Memberikan cukup minum.

j) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong dengan menganjurkan ibu untuk kencing sesering mungkin.

k) Memberikan sentuhan, sesuai dengan keinginan ibu.

Tabel 4. Pemantauan pada Persalinan

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada Fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber: Saifuddin (2009)

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) dan berakhirnya dengan lahirnya bayi. Menurut Manuaba *et al* (2010) proses persalinan kala II pada primigravida berlangsung

2 jam dan pada multigravida 1 jam. Kala II persalinan merupakan pekerjaan yang tersulit bagi ibu. Suhu tubuh ibu akan meninggi, ia mengedan selama kontraksi dan ia kelelahan. Petugas harus mendukung ibu atas usahanya melahirkan bayinya. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan selama persalinan normal berupa:

a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan seseorang untuk mendampingi ibu agar ibu merasa nyaman.
b) Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi.
c) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan menjaga privasi ibu, menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan serta prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
d) Mengatur posisi ibu (jongkok, menungging, tidur miring atau setengah duduk).
e) Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin agar kandung kemih tetap kosong karena kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga panggul.
f) Memberikan cukup minum untuk memberi tenaga pada ibu dan mencegah dehidrasi.
g) Memimpin ibu mengedan saat ada his.

h) Memantau denyut jantung janin setelah setiap kontraksi.

i) Melahirkan bayi, hal ini melipulangkah berikut:

(1) Menolong kelahiran kepala dengan meletakkan satu tangan ke kepala bayi agar tidak defleksi terlalu cepat dan tangan yang lainnya menahan perineum agar tidak robek. Mengusap muka bayi untuk membersihkan kotoran lendir/ darah.

(2) Memeriksa tali pusat, apabila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting diantara kedua klem tersebut.

(3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya dengan menempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi (biparietal). Melakukan tarikan lembut keatas untuk melahirkan bahu belakang dan sangga susur untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya.

(4) Mengeringkan bayi dan dihangatkan segera setelah lahir

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Menirut Manuaba *et al* (2010) lama persalinan kala III pada primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Manajemen aktif pada kala III persalinan mempercepat lahirnya plasenta dan dapat mencegah serta mengurangi perdarahan post partum. Manajemen aktif kala III:

a) Memberikan oksitosin 10 IU melalui injeksi intramuskular pada paha anterolateral 2 menit setelah bayi lahir.

b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali.

c) Massase fundus uteri.

4) Kala IV

Menurut Varney *et al* (2008) dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Penanganan pada kala IV:

a) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase uterus sampai menjadi keras.

b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

c) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.

d) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu.

e) Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.

f) Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI.

g) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.

h) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda –tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin, 2009) .

g. Partograf

Partograf adalah alat yang dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Menurut Saifuddin (2009) hal-hal yang perlu dipantau dalam partograf meliputi:

1) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit.
2) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:
   a) U: selaput utuh
   b) J : selaput pecah, air ketuban jernih
   c) M: air ketuban bercampur mekonium
   d) D: air ketuban bernoda darah.
3) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau *molase)*:
   a) Sutura yang tepat dan bersesuaian
   b) Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
   c) Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.
4) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).
5) Penurunan, mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaaan abdomen/ luar) di atas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
6) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
7) Jam, dicatat jam sesungguhnya.

8) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.
9) Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
10) Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan.
11) Nadi, dicatat setiap 30–60 menit pada fase laten dan fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar.
12) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam.
13) Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten dan setiap 2 jam pada fase aktif.
14) Protein, aseton, volume urin, dicatat setiap kali ibu berkemih.

3. Teori Dasar 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, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2009).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009).

b. Klasifikasi Masa Nifas

Menurut Mochtar (2011) 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 genetalia 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 dan pengeluaran lokhea

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.

Segera setelah pelahiran, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar dua per tiga hingga tiga per empat bagian atas antara simfisis pubis dan umbilicus. Letak TFU kemudian naik, sejajar dengan umbilicus dalam beberapa jam. TFU tetap terletak kira-kira sejajar (atau satu ruas jari dibawah) umbilicus selama satu atau dua hari dan secara bertahap turun ke panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi di atas simfisis pubis setelah hari kesepuluh pascapartum (Varney *et al*, 2008).

Lokhea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas. Menurut Kemenkes RI (2015) lokhea terbagi atas:

a) Lokhea rubra *(cruenta*) yaitu berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekonium selam 2 hari pascapersalinan.
b) Lokhea sanguilenta yaitu berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.
c) Lokhea serosa yaitu berwarna kuning, cairan tidak berubah lagi, terdapat pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan.
d) Lokhea alba yaitu terdapat cairan putih setelah 2 minggu

2) Involusi Tempat Melekatnya Plasenta

Segera setelah pelahiran, tempat melekatnya plasenta kira-kira berukuran sebesar telapak tangan, tetapi dengan cepat ukurannya mengecil. Pada akhir minggu kedua, diameternya hanya

3 sampai 4 cm. Dalam waktu beberapa jam setelah pelahiran, tempat melekatnya plasenta biasanya terdiri atas banyak pembuluh darah yang mengalami trombosis yang selanjutnya mengalami organisasi trombus secara khusus (Cunningham *et al*, 2013).

3) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. 18 jam pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Endoserviks (bagian serviks yang menonjol ke vagina) terlihat memar dan sedikit laserasi kecil, kondisi yang optimal untuk perkembangan infeksi. Muara serviks, yang berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan, menutup secara bertahap (Bobak *et al*, 2005).

4) Endometrium

Dalam waktu 2 atau 3 hari setelah kelahiran, sisa berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lokhea. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sia kelenjar endometrium dan stoma jaringan berlangsung cepat, kecuali pada tempat melekatnya plasenta. Dalam 1 minggu atau lebih, permukaan bebas menjadi tertutup oleh epitel dan seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu ketiga (Cunningham *et al*, 2013).

5) Vagina dan Perineum

Segera setelah pelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukuranya menurun dengan kembalinya *rugae* vagina skitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama (Varney *et al*, 2008).

6) 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 *et al*, 2008).

7) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney *et al*, 2008).

b) Nadi

Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil (Bobak *et al*, 2005).

c) Tekanan Darah

Setelah kelahiran bayi, dilakukan pengukuran tekanan darah dasar. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Oleh karena itu, pengukuran tekanan darah tidak perlu dilakukan secara rutin tanpa indikasi klinis (Fraser dan Cooper, 2009).

d) Respirasi

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi

seperti kelebihan cairan, asma, dan embolus paru (Varney *et al*, 2008).

8) Sistem Hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan 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 *et al*, 2008).

9) 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 *et al*, 2008).

d. Perubahan Psikologis Yang Terjadi Pada Masa Nifas

Cukup sering seorang ibu menunjukan gejala depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi ringan sesaat, atau *postpartum blues* tersebut, paling mungkin terjadi sebagai akibat

sejumlah faktor. Menurut Cunningham *et al* (2013) penyebab-penyebab yang menonjol dari *postpartum blues* meliputi:

Penyebab-penyebab yang menonjol adalah:

1) Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan.
2) Rasa sakit masa nifas awal.
3) Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan post partum.
4) Kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya.
5) Rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

   (Cuningham *et al*,, 2013)

Menurut Reva Rubin ada 3 fase adaptasi psikis pada masa nifas, yaitu:

1) Fase *Taking In*

   Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur, dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkunganya.

Kemampuan mendengarkan (*listening skill*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami atau keluarga sangat diperlukan pada fase ini (Widyasih *et al*, 2013).

2) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* yaitu periode yang berlangsung selama 2-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan percaya diri ibu (Widyasih *et al*, 2013).

3) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Widyasih *et al*, 2013).

e. Waktu kunjungan nifas KF1-KF3

Menurut Kemenkes RI (2015) selama ibu dalam masa nifas minimal melakukan 3 kali kunjungan nifas, yaitu:

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya. Asuhan yang harus diberikan berupa:
   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) merupakan kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa:
   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.

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) merupakan kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa:

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.

d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

f. Anemia pada masa nifas

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 9 gr% 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 untuk wanita tidak hamil menurut Kriebs dan Gregor (2010) adalah 12-16%.

4. Teori Dasar Bayi Baru Lahir/Neonatus

a. Definisi BBL/Neonatus

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dalam satu jam pertama hingga usia 4 minggu dengan usia gestasi 37 hingga 42 minggu berat badan lahir 2500-4000 gram, langsung menangis dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat. Menurut Marmi (2012), ciri-ciri bayi baru lahir normal diantaranya:

1) Berat badan 2500-4000 gram
2) Panjang badan 48-52 cm
3) Lingkar dada 30-38 cm
4) Lingkar kepala 33-35 cm
5) Frekuensi jantung pada menit-menit pertama ± 180 kali/menit kemudian turun 120-160 kali/menit
6) Pernafasan pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit kemudian turun 60-40 kali/menit
7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup

8) Genitalia, perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
9) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
10) Reflek moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
11) Reflek graps atau menggenggan sudah baik.
12) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

b. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Transisi dari kehidupan di dalam kandungan ke kehidupan diluar kandungan merupakan perubahan drastis dan menuntut perubahan fisiologis oleh bayi guna bertahan hidup. Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir antara lain:

1) Adaptasi paru

Hingga saat lahir tiba, janin bergantung pada petukaran gas darah maternal melalui paru-paru maternal dan plasenta. Setelah pelepasan plasenta yang tiba-tiba setelah pelahiran, adaptasi yang sangat cepat terjadi untuk memastikan kelangsungan hidup. Sebelum lahir paru janin penuh dengan cairan yang diekskresikan oleh paru itu sendiri. Rangsangan penafasan mencakup hiperkapnia ringan, hipoksia, dan asidosis yang disebabkan oleh persalinan normal. (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Adaptasi Kardiovaskuler

Sebelum lahir janin hanya bergantung pada plasenta untuk semua pertukaran gas dan ekskresi sisa metabolisme. Dengan pelepasan plasenta pada saat lahir, sistem sirkulasi bayi harus melakukan penyesuaian mayor guna mengalihkan darah yang tidak mengandung oksigen menuju paru untnuk direoksigenasi. Terjadi penutupan *foramen ovale* dan *duktus arteriosus* akibat perubahan gradien tekanan setelah pemotongan plasenta (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Adaptasi Suhu

Bayi memasuki suasana yang jauh lebih dingin pada saat pelahiran, dengan suhu kamar bersalin 21 ^{0}C yang sangat berbeda dengan suhu dalam kandungan, yaitu 37,7 ^{0}C. Terjadi pendinginan cepat saat amnion menguap dari kulit. Pebandingan antara area pemukaan dan massa tubuh bayi dapat menyebabkan kehilangan panas, khususnya kepala, yang menyusun 25% massa tubuh. Lapisan lemak sub kutan yang tipis dan memberiksan insulasi tubuh yang buruk , berakibat cepatnya perpindahan panas inti ke kulit, kemudian ke lingkungan, dan juga mempengaruhi pendinginan darah (Fraser dan Cooper, 2009).

4) Pengaturan Glukosa

Sebelum kelahiran, janin terpajan kadar glukosa darah hampir konstan, sekitar 60 hingga 70 persen kadar glukosa darah

maternal. Dalam mempersiapkan kehidupan ekstrauteri, janin yang sehat menyimpan glukosa sebagai glikogen, khususnya di dalam hati. Sebagian besar penyimpanan glikogen terjadi pada trimester ketiga. Evaluasi hipoglikemia dilakukan melalui sampel darah. Darah yang diambil dari tumit bayi baru lahir mengandung darah kapiler dan kadar glukosa darah dari sampel ini dapat rendah palsu jika terdapat stasis vena pada kaki (Varney *et al*, 2008).

5) Perubahan pada Darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan nilai hematocrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin yang normal memiliki rentang 13,7-20,0 gr%. Hemoglobin kemudian turun secara perlahan tetapi terus-menerus pada 7 sampai 9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan adalah 12,0 gr%. (Fraser dan Cooper, 2009).

Nilai hemoglobin awal pada baru lahir sangat dipengaruhi oleh waktu pengekleman tali pusat dan posisi bayi baru lahir segera setelah lahir. Penundaan pengkleman tali pusat dapat meningkatkan volume darah neonatus antara 25 sampai 40 persen. Pergantian sel darah yang cepat ini menghasilkan sampah metabolit akibat penghancuran sel termasuk bilirubin, yang harus dimetabolisme. Muatan bilirubin yang berlebihan ini

menyebabkan ikterus fisiologis yang terlihat pada bayi baru lahir (Fraser dan Cooper, 2009).

Jumlah sel darah putih rata-rata pada bayi baru lahir memiliki rentang dari 10.000 hingga 30.000/mm³. Terdapat defisiensi menyeluruh pada banyak faktor pembekuan, yang bergantung pada vitamin K. Karena defisiensi yang umum terjadi pada faktor pembekuan tertentu ini, bayi baru lahir biasa diberikan suplemen vitamin K setelah lahir (Varney *et al*, 2008).

c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

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 (Saifuddin, 2009).

2) Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat

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

3) Inisiasi Menyusu 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 (Saifuddin, 2009). Menurut Cunningham *et al* (2013) bayi baru lahir dianjurkan untuk menyusu dalam 12 jam pertama *postpartum*.

4) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisisensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonates (Saifuddin, 2009). Vitamin K diberikan intramuscular pada paha anterolateral kanan (Varney *et al*, 2007).

5) Pemberian Salep Mata

Menurut Saifuddin (2009) 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 *et al*, 2009).

7) Pemantauan Berat Badan Bayi

Neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Hal ini terjadi karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna. Bayi premature relative kehilangan lebih banyak berat badan dan lebih lambat memperoleh berat lahir mereka dibandingkan dengan bayi matur. Jika bayi normal mendapatkan makanan yang sesuai, berat lahir biasanya dicapai kembali pada hari kesepuluh. Kemudian, berat badan terus meningkat dengan kecepatan sekitar 25 gram perhari selama beberapa bulan pertama, sehingga mencapai berat dua kali berat lahir pada usia 5 bulan dan tiga kali berat lahir pada akhir tahun pertama (Varney *et al*, 2008).

8) Kunjungan Ulang Neonatus

Pemeriksaan neonatus pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari (Kemenkes RI, 2010).

9) Pemberian Imunisasi BCG

Imunisasi BCG diberikan dengan dosis 0.05 mg. Vaksin BCG diberikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas pada insersio muskulus deltoideus sesuai anjuran WHO. Vaksin BCG tidak dapat mencegah infeksi tuberkulosis, namun dapat mencegah komplikasinya.

Vaksin BCG merupakan vaksin hidup, maka tidak diberikan pada pasien imunokompromis (leukimia, anak yang sedang mendapat pengobatan steroid jangka panjang, atau bayi yang telah diketahui atau dicurigai menderita infeksi HIV) Apabila BCG diberikan setelah umur 3 bulan, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. Vaksin BCG diberikan apabila uji tuerkulin negatif. Apabila uji tuberkulin tidak memungkinkan, BCG dapat diberikan namun perlu diobservasi dalam waktu 7 hari. Perlu tindakan lanjut, bila terdapat reaksi lokal cepat di tempat suntikan (Kemenkes RI, 2015).

5. Teori Dasar Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) menyatakan bahwa metode kontrasepsi yang sebaiknya digunakan untuk ibu menyusui meliputi: *Metode Amenore Laktasi (MAL)*, pil progestin (minipil), suntikan progestin, kontrasepsi implant, dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

a. Metode *Amenorea* Laktasi (MAL)

1) Definisi

Menurut Affandi (2012) MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Asi Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL sebagai kontrasepsi bila: menyusui secara penuh *(full breast feeding)*, lebih efektif bila pemberian ≥ 8x sehari,bayi menghisap secara langsung, kolostrum diberikan pada bayi, pola menyusui *on demand* termasuk pada malam hari, jarak menyusui tidak lebih dari 4 jam, belum haid, bayi kurang dari 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerja MaL yaitu penundaan/penekanan ovulasi.

2) Waktu Penggunaan Pasca Persalinan

Waktu penggunaan MAL menurut Saifuddin (2010) adalah mulai segera pasca persalinan. Efektifitasnya tinggi sampai 6 bulan pasca persalinan dan belum haid. Varney *et al* (2007) menambahkan bahwa pemberian ASI setelah melahirkan mampu mencegah kehamilan lebih dari 98% selama enam bulan pertama dan belum pernah mengalami perdarahan pervaginam setelah hari ke-56 postpartum.

3) Keuntungan Penggunaan MAL

Menurut Affandi (2012) dan Saifuddin (2009) bahwa keuntungan secara kontrasepsi penggunaan metode MAL ini antara

lain efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan jika memenuhi semua syaratnya), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

Sedangkan keuntungan nonkontrasepsi menurut Affandi (2012) yaitu dapat meningkatkan kekebalab pasif bayi, mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan mampu meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

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. Prolaktin 90 % efektif mencegah sekresi hormon yang dibutuhkan untuk ovulasi yaitu GnRH dan FSH/LH. Bila kadar prolaktin meningkat dalam darah, maka ovulasi tidak terjadi.

4) Keterbatasan Penggunaan Metode MAL

Menurut Affandi (2012) dan menyatakan bahwa keterbatasan metode kontrasepsi MAL antara lain sebagai berikut:

a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera dapat menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
b) Terkadang susah untuk dilakukan karena kondisi sosial.

c) Efektivitasnya tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

d) Tidak dapat melindungi dari IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS.

b. Pil Progestin

Pil progestin efektif digunakan pada ibu menyusui. Pil progestin merupakan pil dosis rendah yang tidak mempengaruhi produksi ASI dan tidak memberikan efek samping estrogen. Efek samping utama pil ini adalah gangguan perdarahan, perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur. Pil progestin dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat (Saifuddin, 2009).

c. Suntik Progestin

Menurut Saifuddin (2009) mengungkapkan bahwa kontrasepsi suntikan progestin sangat efektif dan aman. Kontrasepsi ini dapat digunakan pada semua perempuan usia reproduksi dan cocok digunakan pada perempuan yang sedang menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Namun, pengembalian kesuburan jika menggunakan kontrasepsi jenis ini lebih lambat kira-kira membutuhkan waktu 4 bulan. Efektivitas kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

d. Implant

Menurut Affandi (2012) implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen, dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Jenis implan yaitu Norplant, Implanon, dan Indoplan. Kapsul yang di pasang di lengan atas ini terbuat dari bahan silastik medik (*polydimethylsiloxane)* yang fleksibel. Kedua ujungnya di tutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien.

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Kontrasepsi AKDR adalah kontrasepsi yang menggunakan berbagai bahan dalam bentuk beragam dan biasanya bahan dasar kontrasepsi tersebut adalah *polietilen* suatu plastik elastis. AKDR memiliki sambungan ke serviks berupa untaian benang. Benang-benang ini memudahkan pelepasan alat kontrasepsi dan memungkinkan wanita memeriksakan dirinya secara berkala untuk memastikan apakah AKDR tetap di tempat. Ada 2 jenis AKDR yaitu AKDR yang mengandung obat dan yang tidak mengandung obat (Varney *et al*, 2008).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Kepmenkes No 369 tahun 2007, 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. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan menurut Kepmenkes No 369 tahun 2007 berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawat daruratan.

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

3. Standar Kompetensi Bidan

Berdasarkan Kepmenkes No 369 tahun 2007, standar kompetensi bidan diuraikan berupa:

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 mneyusui 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.

4. 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, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien, dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

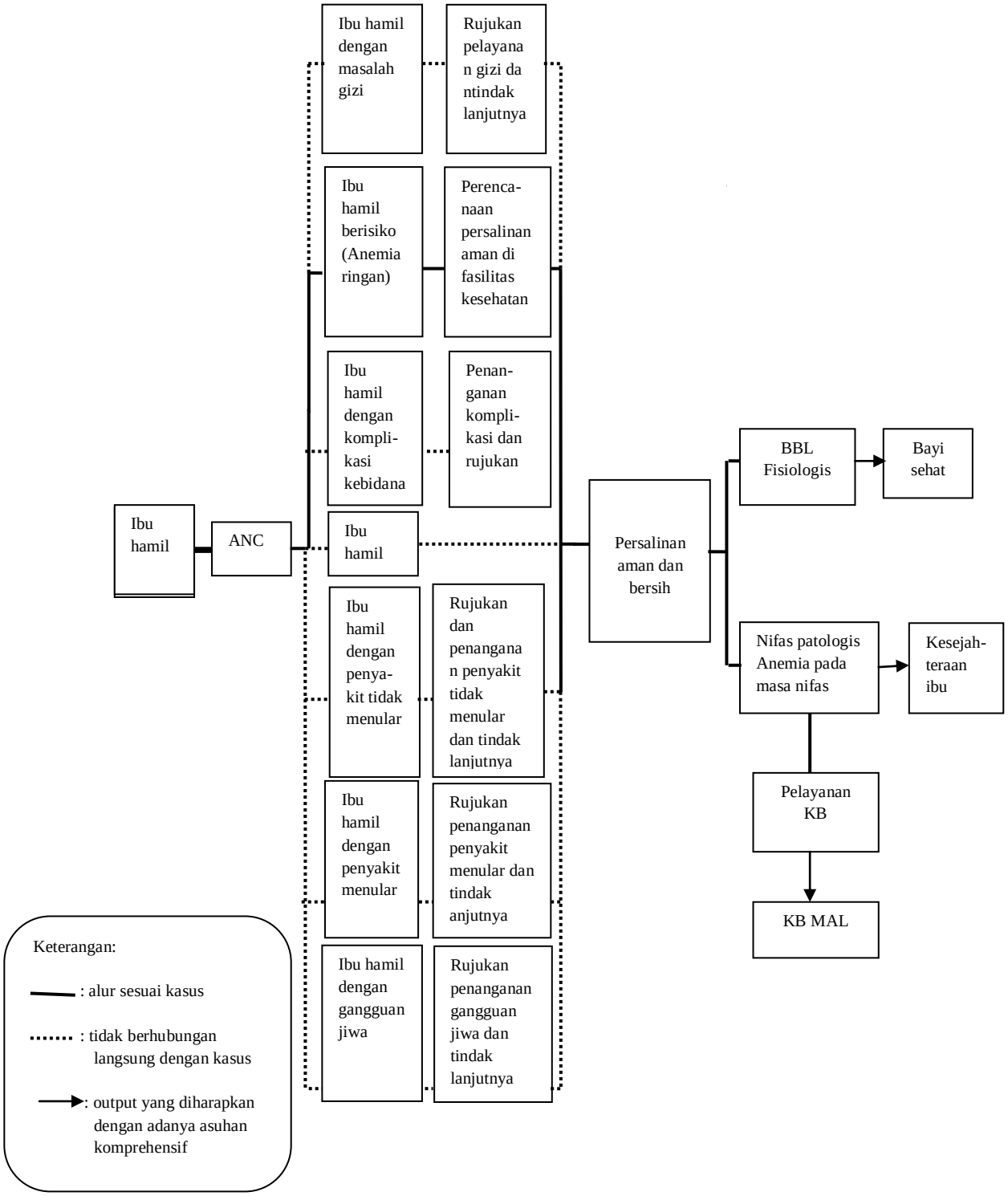
e. Standar V: Evaluasi

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 dilakuakan dalam memberikan asuhan kebidanan.

C. *Flowchart*



Gambar 2. Modifikasi *flowchart* asuhan berkesinambungan

(Kementrian Kesehatan RI, 2010; Manuaba, 2010)