

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati. Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester, yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Trimester pertama berlangsung pada minggu pertama hingga ke-12 (12 minggu), trimester kedua pada minggu ke-13 hingga ke-27 (15 minggu), dan trimester ketiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (13 minggu) (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2006).

2. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Selama hamil uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi sampai persalinan. Volume uterus bertambah dari 5-20 liter. Seiring bertambah usia daerah korpus akan menipis dan tebalnya $\pm 1,5$ cm. Pada triwulan akhir ismus berkembang menjadi segmen bawah rahim yang akan melebar dan menipis pada akhir kehamilan karena kontraksi otot-otot uterus bagian atas. Batas antara segmen atas rahim yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut lingkaran retraksi fisiologis (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010). Menurut

Kusmiyati (2010), umur kehamilan dapat ditentukan dari tinggi fundus uteri (TFU) yang tertera dalam Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

No.	Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Tinggi Fundus Uteri (cm)
1	12	Di atas simfisis	-
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	-
3	20	Di pinggir bawah pusat	-
4	24	Di pinggir atas pusat	-
5	28	3 jari atas pusat	25
6	32	Pertengahan pusat- <i>processus xiphoideus</i> (px)	27
7	36	1 jari bawah px	30
8	40	2-3 jari bawah px	33

(Kusmiyati, 2010)

Pada akhir kehamilan serviks akan menipis karena penurunan konsentrasi kolagen yang ditandai dengan melunaknya serviks (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Selama kehamilan proses ovulasi akan terhenti dan pematangan folikel baru ditunda. Hanya satu korpus luteum yang ditemukan di ovarium dan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu berperan sebagai penghasil progesteron minimal (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Payudara akan membesar, tegang, dan memiliki unsure laktogenik akibat adanya hormon *human placental lactogen* (HPL). Hormon estrogen akan meningkatkan perkembangan system duktus dan pertumbuhan kelenjar mammae. Sedangkan hormon progesterone menstimulasi sistem alveolar untuk pertumbuhan payudara. Progesteron dan estrogen menstimulasi melanosit sehingga areola mammae primer menjadi gelap.

Pada kehamilan 12 minggu ke atas dapat keluar kolustrum (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2006).

Selama hamil curah jantung meningkat 30-50% karena janin yang terus tumbuh menyebabkan darah banyak dikirim ke rahim ibu dan pada akhir kehamilan rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Volume plasma akan meningkat 75% dan volume sel darah merah akan meningkat 33% dari sebelum hamil. Hal ini menyebabkan terjadinya pencairan darah (haemodilusi) yang dikenal sebagai anemia fisiologis dan terjadi sampai usia kehamilan 32 minggu (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2006).

Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut dalam air dalam jumlah banyak. Glukosuria juga merupakan suatu hal yang umum tetapi tetap harus diperhitungkan kemungkinan adanya diabetes mellitus. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Saifuddin, Winkjosastro, Affandi, Waspodo, 2006). Sebagian besar pertambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-

2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi kurang dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,5 kg. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ifalagma dan Wulandari (2015), terdapat hubungan antara penambahan berat badan ibu selama hamil dengan berat badan bayi baru lahir, yang artinya semakin besar penambahan berat badan ibu selama hamil maka semakin besar pula kondisi berat badan bayi baru lahir dan sebaliknya semakin kurang penambahan berat badan ibu selama hamil maka semakin kurang kondisi berat badan bayi baru lahir. Pertambahan berat badan ibu selama hamil ditentukan berdasarkan IMT ibu sebelum hamil yang tertera pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

(Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hutabarat dan Darti (n.d.), mayoritas responden ibu anemia memiliki taksiran berat janin rendah, namun ada ibu anemia yang memiliki taksiran berat janin normal. Hal ini mungkin terjadi karena pada ibu hamil anemia mengonsumsi makanan yang bergizi dan sehat untuk pertumbuhan janin. Pertambahan panjang dan berat janin selama periode janin sesuai dengan umur kehamilan dapat dilihat dalam Tabel 2.3.

Tabel 2.3. Pertambahan Panjang dan Berat Selama Periode Janin

Usia (minggu)	PPB* (cm)	Berat (gram)
9-12	5-8	10-45
13-16	9-14	60-200
17-20	15-19	250-450
21-24	20-23	500-820
25-28	24-27	900-1300
29-32	28-30	1400-2100
33-36	31-34	2200-2900
37-39	35-36	3000-3400

* Panjang Puncak kepala Bokong
(Sadler, 2009)

3. Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III

a. Sakit Kepala

Ibu hamil sering mengeluh sakit kepala selama kehamilan dan hal ini dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti perubahan hormonal, kelelahan, tegangan pada mata, dan perubahan emosional. Sakit kepala dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi jika sakit kepala terjadi pada trimester ketiga dan disertai dengan peningkatan tekanan darah, dan atau protein urin maka bantuan medis harus segera diberikan (Fraser dan Cooper, 2009). Apabila ibu kekurangan oksigen dapat menyebabkan pusing (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2006).

b. Kelelahan

Pada trimester ketiga kelelahan dapat berkaitan dengan peningkatan berat badan, yang menyebabkan kesulitan bergerak dan peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh dalam rangka persiapan persalinan dan menyusui (Fraser dan Cooper, 2009). Metode untuk meredakannya menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2006), adalah meyakinkan kembali bahwa kelelahan adalah hal normal, dan akan

hilang secara spontan dengan istirahat selama siang hari, latihan ringan, dan nutrisi yang baik.

4. Skrining Faktor Risiko Ibu Hamil

Menurut Rochjati (2011), faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko atau bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompok dalam 3 kelompok yaitu:

a. Kelompok I (Ada Potensi Gawat Obstetrik / APGO)

Ada 10 faktor risiko (7 terlalu, 3 pernah). Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan. Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit/komplikasi dalam persalinan.

b. Kelompok II (Ada Gawat Obstetric / AGO)

Ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

c. Kelompok III (Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO)

Ada 2 faktor risiko. Ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Faktor risiko ibu hamil menurut Rochjati (2011) dapat dilihat pada

Gambar 2.1.

**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

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th 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 b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pemah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) 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

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENGO LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRB	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	RUJUKAN KE :	1. Bidan
	2. Dukun		2. Puskesmas
	3. Bidan		3. Rumah Sakit
	4. Puskesmas		

RUJUKAN :

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

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

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu	1. Dukun	1. Normal
2. Rumah bidan	2. Bidan	2. Tindakan pervaginam
3. Polindes	3. Dokter	3. Operasi Sesar
4. Puskesmas	4 Lain-2	
5. Rumah Sakit		
6. Perjalanan		

PASCA PERSALINAN :

IBU :	TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Hidup	1. Rumah ibu
2. Mati, dengan penyebab :	2. Rumah bidan
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia	3. Polindes
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	4. Puskesmas
BAYI :	5. Rumah Sakit
1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan	6. Perjalanan
2. Lahir hidup : Apgar Skor :	7. Lain-2
3. Lahir mati, penyebab	
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab	
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada	

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 2.1. Kartu Skrining Faktor Risiko Poedji Rochjati

5. Anemia dalam Kehamilan

a. Pengertian

Menurut WHO pada tahun 2012, seorang wanita hamil dianggap anemia jika konsentrasi hemoglobinnya selama trimester pertama dan ketiga kehamilan lebih rendah dari 11 gr%, sedangkan trimester kedua lebih rendah dari 10,5 gr%.

b. Faktor-faktor Penyebab Anemia dalam Kehamilan

1) Kekurangan asupan zat besi

Kecukupan akan zat besi tidak hanya dilihat dari konsumsi makanan sumber zat besi tetapi juga tergantung variasi penyerapannya (Manuaba, 2007). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013), jumlah ibu hamil yang mengalami defisiensi besi lebih banyak pada ibu hamil dengan asupan Fe kurang.

2) Peningkatan kebutuhan fisiologi

Kebutuhan akan Fe meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan ibu, janin, dan plasenta serta untuk menggantikan kehilangan darah saat persalinan (Manuaba, 2007). Kebutuhan Fe ibu hamil adalah 65 mg besi elemental per hari, sedangkan ibu hamil dengan anemia membutuhkan 100-200 mg besi elemental per hari (Pavord, et, al, 2011).

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. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya (Manuaba, 2010).

4) Tingkat pendidikan

Orang yang berpendidikan tinggi cenderung berpikir objektif dan berwawasan luas. Ibu hamil yang berpendidikan tinggi dan mengetahui gizi yang baik untuk kehamilannya akan menerapkan informasi yang diperoleh dalam pemenuhan kebutuhan gizi untuk dirinya. Hal tersebut dapat menghindarkan seseorang dari anemia (Manuaba, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Noverstiti (2012), bahwa ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan terlalu dekat dan tingkat pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III.

5) 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, Kriebs, dan Gegor, 2006).

6) Konsumsi sumber pangan protein hewani dan nabati

Ibu hamil yang menderita anemia menurut penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) disebabkan karena jaranginya mengonsumsi sumber pangan protein hewani. Protein hewani termasuk jenis besi heme, sedangkan protein nabati termasuk sumber zat besi jenis nonheme. Jenis besi heme diserap sedikitnya dua hingga tiga kali lebih banyak daripada zat besi nonheme. Meskipun besi nonheme mempunyai daya keterserapan yang lebih rendah rendah, tetapi bila dikonsumsi secara bersamaan dengan besi heme dapat meningkatkan penyerapan besi nonheme (Almatsier, 2011). Protein hewani dapat ditemukan dalam daging, unggas, ikan, kerang, telur, dan produk susu dan olahannya. Protein nabati dapat ditemukan dalam tempe, oncom, dan kacang (Bobak, dkk, 2005).

7) Konsumsi sayuran

Ibu hamil yang menderita anemia disebabkan karena jaranginya mengonsumsi sayuran hijau (Laba, Jafar, dan Virani, 2013). Sayuran termasuk sumber zat besi nonheme (Almatsier, 2011). Hal ini disebabkan karena sayuran hijau dapat meningkatkan produksi sel darah merah (Gibney, et al, 2008).

8) Konsumsi buah-buahan

Ibu hamil yang anemia dikarenakan kurang mengonsumsi buah-buahan terutama buah yang mengandung vitamin C (Laba, Jafar, dan Virani, 2013). Absorpsi besi nonheme meningkat empat kali lipat bila ada vitamin C (Gibney, et al, 2008). Sumber vitamin C adalah buah dan sayur segar, antara lain jeruk, kiwi, pepaya, bayam, kol, brokoli, dan tomat (Proverawati, 2009).

9) Konsumsi zat besi bersamaan dengan zat penghambat

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). Polifenol seperti tanin dalam teh, kopi, dan sayuran tertentu mengikat besi heme membentuk kompleks besi-tanin yang tidak larut sehingga zat besi tidak dapat diserap dengan baik. Zat ini juga dapat menghambat penyerapan besi nonheme didalam tubuh (Almatsier, 2011). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laba, Jafar, dan Virani (2013) bahwa terdapat hubungan antara konsumsi zat penghambat Fe dengan kejadian anemia pada ibu hamil.

c. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Menurut Saifuddin, dkk, (2009), tanda anemia bila terdapat keluhan lemah, pucat, mudah pingsan, sementara tensi masih dalam batas normal. Menurut Varney, Gegor, dan Kriebs (2006), anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala letih, sering mengantuk, pusing, lemah, nyeri kepala, luka pada lidah, kulit pucat, membran mukosa pucat (misal konjungtiva), bantalan kuku pucat, tidak ada nafsu makan, mual, muntah. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan alat bernama sahli. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010). Kategori anemia dapat dilihat dalam Tabel 2.4.

Tabel 2.4. Kategori Anemia

Hasil Pemeriksaan	Kategori Anemia
Hb 11 g%	Tidak anemia
Hb 9-10 g%	Anemia ringan
Hb 7-8 g%	Anemia sedang
Hb <7 g%	Anemia berat

(Manuaba, 2010)

d. Pengaruh Anemia dalam Kehamilan

Dalam kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis (Hb<6 g%), mola hidatosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD). Janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibu, tetapi anemia akan mengurangi metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim (Manuaba, 2010).

e. Penanganan Anemia dalam Kehamilan

- 1) 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, 2011).
- 2) Memberikan *ferrous fumarate* 325 mg sebanyak 2x1 sehari. Dalam *ferrous fumarate* 325 mg, terkandung 106 mg besi elemental. Tablet Fe dikonsumsi pada malam hari atau ketika lambung kosong untuk meningkatkan penyerapan. Hemaform mengandung *Ferrous fumarate* (Varney, dkk, 2006). Kebutuhan Fe ibu hamil trimester II dan III lebih besar dibandingkan trimester I dan menunjukkan pentingnya pemberian tablet besi (Fe) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Susiloningtyas (n.d.), pemberian tablet Fe prahamil dapat menurunkan prevalensi anemia lebih tinggi dibandingkan dimulai pada saat kehamilan. Pemberian preparat 60 mg per hari dapat meningkatkan kadar Hb sebanyak 1 gr% per bulan (Fatimah, dkk, 2011).
- 3) Memberikan konseling tentang pengaturan diet sangat penting karena zat besi lebih mudah diserap dari bahan makanan daripada

zat besi oral dan memasak makanan tidak terlalu lama (Varney, dkk, 2006).

- 4) Pendampingan minum tablet Fe, SMS *reminder*, kartu monitoring minum tablet Fe, diskusi kelompok, pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan ibu terhadap anemia dan pentingnya minum tablet Fe (Aditianti, Permanasari, dan Julianti, 2015; Agustini, Lestari, dan Agoes, n.d).

6. Kehamilan dengan Kurang Energi Kronik (KEK)

a. Pengertian

KEK adalah akibat dari suatu keadaan akibat kekurangan energi atau ketidakseimbangan asupan energi dalam waktu lama, sehingga tidak dapat di evaluasi dalam waktu singkat (Supariasa, Bakrie, dan Fajar, 2012).

b. Cara mengetahui risiko KEK

Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) merupakan salah satu pengukuran status gizi yang banyak digunakan karena mudah dan murah, serta hasilnya cukup akurat. Pengukuran dengan LiLA dianjurkan karena lengan atas tidak begitu dipengaruhi oleh adanya lipatan-lipatan kulit dan edema. Tujuan pengukuran LiLA adalah untuk mengetahui risiko terjadinya KEK pada wanita usia subur (usia 15-45 tahun), ibu hamil atau calon ibu hamil. Apabila hasil pengukuran LiLA dibawah 23,5 cm atau berada dibagian pita merah, maka ibu hamil menderita KEK (Supariasa, Bakrie, dan Fajar, 2012).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian KEK

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hasanah, Febrianti, dan Minsamawati (2013), faktor yang dapat mempengaruhi kejadian KEK adalah kebiasaan makan yang meliputi ibu hamil yang tidak menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga, pola makanan ibu hamil yang kurang beragam, dan porsi makanan utama ibu hamil yang masih kurang adekuat.

Selain faktor tersebut KEK dapat pula disebabkan oleh kekurangan protein dan kalori. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustian (2010), bahwa terdapat hubungan antara asupan protein dengan KEK. Kebutuhan protein ibu hamil memasuki trimester akhir diperkirakan 10 gram/hari atau 2 gr/kg/hari, sedangkan kalori sebanyak 2500-2700 kalori/hari. Kalori dapat ditemukan pada ubi, kentang, jagung, nasi, dan roti (Kristiyanasari, 2010).

d. Dampak risiko KEK

Ibu hamil dengan risiko KEK diperkirakan akan melahirkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR) (Supariasa, Bakrie, dan Fajar, 2012). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumastuti (2008), bahwa ada hubungan antara status anemia dengan BBLR begitu pula dengan KEK. Menurut Waryono (2010), akibat KEK pada ibu dapat menyebabkan risiko dan komplikasi antara lain anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal, dan mudah terkena penyakit infeksi.

e. Penanganan KEK

Upaya untuk menangani KEK dengan pemberian makanan tambahan (PMT) untuk ibu hamil yang mengalami KEK dan konseling pada ibu hamil (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2015). Pemberian konseling ibu hamil untuk menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga, pola makanan ibu hamil harus beragam, dan porsi makanan utama ibu hamil yang harus adekuat, makan makanan tinggi kalori dan protein (Hasanah, Febrianti, dan Minsamawati, 2013; Agustian, 2010).

7. Antenatal Care

Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan saat trimester III yaitu menegaskan kapan HPL ibu, memastikan persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, manfaat ANC secara rutin, gizi seimbang, personal hygiene, meminta suami dan keluarga untuk mendukung supaya ibu cukup istirahat dan dukungan emosional persiapan persalinan, pentingnya stimulasi janin didalam kandungan, meminta suami dan keluarga untuk tanggap bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan, manfaat IMD dan ASI eksklusif, KB pascasalin, dan persiapan menjadi orangtua (Mulati, Sari, dan Muchtar, 2012).

8. Penentuan Usia Kehamilan

Menurut Manuaba (2010), usia kehamilan dapat ditentukan dengan rumus Naegle, gerakan pertama janin, perkiraan tinggi fundus uteri, dan ultrasonografi.

a. Rumus Naegle

Rumus Naegle menggunakan usia kehamilan yang berlangsung selama 288 hari. Perkiraan kelahiran (HPL) dihitung dengan menentukan hari pertama haid terakhir (HPHT) kemudian ditambah 288 hari (Manuaba, 2010). Menurut Sulistyawati (2011), rumus Naegle tidak dapat digunakan pada ibu dengan riwayat haid yang tidak teratur, ibu hamil saat masih menyusui dan belum haid sesudah melahirkan, dan ibu hamil karena berhenti mengonsumsi pil KB dan belum haid. Penentuan HPL yaitu HPHT ditambah 7, bulannya dikurangi 3, dan tahun ditambahkan 1. Untuk bulan yang tidak bisa dikurangi 3 seperti Januari, Februari, dan maret, maka bulannya ditambah 9, tapi tahunnya tetap tidak ditambah atau dikurangi (Manuaba, 2010).

b. Gerakan Pertama Janin

Gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu, maka perkiraan usia kehamilan dapat ditetapkan. Perkiraan ini tidak akurat (Manuaba, 2010).

c. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Perkiraan usia kehamilan dengan TFU tepat untuk kehamilan pertama, untuk kehamilan kedua dan seterusnya kurang tepat (Manuaba, 2010). Pengukuran TFU Mac Donald berdasarkan jarak simfisis pubis dan batas antara fundus uteri, dapat dilakukan penghitungan Berat Badan Janin (BBJ) menurut Johnson Toshach = $(MD - 12) \times 155$ gram, dengan MD adalah ukuran TFU Mac Donald

dalam cm, (MD – 13) jika kepala belum di H III, (MD – 12) jika kepala di H III, dan (MD – 11) jika kepala lewat H III (Sofian, 2011).

Berdasarkan penelitian Julianty (2009), penghitungan TBJ menggunakan rumus Mc. Donald memiliki akurasi ketepatan mencapai 70 % sedangkan berdasarkan penelitian Nugraheni (2013) ketepatan rumus Johnson Toshach dengan berat bayi baru lahir adalah 60% pada berat bayi baru lahir 2500 – 4000 gram. Pada penelitian Mardeyanti, dkk, (2011) rumus Johnson-Tohsack mempunyai akurasi yang tinggi sehingga perlu kehati-hatian dalam melakukan pemeriksaan TFU dan penurunan presentasi/kepala janin.

d. Pemeriksaan USG

Salah satu indikasi dilakukan pemeriksaan USG adalah untuk penilaian usia gestasi (Cunningham, dkk, 2012). Menurut Varney, Kriebs, Gegor (2006), ultrasonografi akan memperkecil kemungkinan dalam memperkirakan usia kehamilan sehingga dapat menurunkan risiko kesalahan penilaian.

Perkiraan usia gestasi dapat dilihat dari pengukuran panjang *crown-rump*, perhitungan diameter biparietal, lingkaran kepala dan abdomen, serta panjang femur. Pengukuran panjang *crown-rump* paling akurat pada trimester pertama. Diameter biparietal (*Biparietal diameter-BDP*) paling akurat dari usia kehamilan 14-26 minggu, dengan variasi 7-10 hari. Lingkaran kepala (*Head circumference-HC*), lebih sah daripada BDP. Panjang femur (*Femur length-FL*)

berkorelasi baik dengan BDP dan usia gestasi, memiliki variasi 7-11 pada trimester kedua. Lingkar perut (*Abdominal circumference-AC*) memiliki variasi terbesar yaitu 2-3 minggu karena melibatkan jaringan lunak. Variabilitas perkiraan usia gestasi meningkat dengan semakin tuanya kehamilan. Perkiraan usia gestasi kurang akurat pada trimester ketiga dan perkiraan semakin meningkat bila menggunakan keempat parameter. Pemeriksaan sonografi yang dilakukan untuk mengevaluasi perkembangan janin sebaiknya dilakukan dengan jarak setidaknya 2-4 minggu (Cunningham, dkk, 2012).

9. Program Pemerintah P4K

Upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang meliputi upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar. Dalam stiker P4K harus didapatkan informasi identitas ibu, taksiran persalinan, rencana penolong persalinan, pendamping dan tempat persalinan serta calon pendonor, transportasi yang digunakan dan pembiayaan. Selain itu perencanaan KB pasca bersalin juga perlu direncanakan. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat (Kemenkes RI, 2015).

B. Tinjauan Teori Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

2. Persalinan Preterm/Prematur

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), persalinan prematur adalah persalinan yang dimulai setelah minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37. Beberapa kriteria untuk menetapkan diagnosis ancaman persalinan preterm yaitu kontraksi berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit, nyeri punggung bawah (*low back pain*), perdarahan bercak, perasaan menekan pada daerah serviks, pemeriksaan serviks menunjukkan pembukaan sedikitnya 2 cm dan penipisan 50-80%, presentasi janin rendah sampai mencapai spina isiadika, selaput ketuban pecah, dan terjadi pada usia 22-37 minggu (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Beberapa langkah yang dapat dilakukan pada persalinan preterm untuk mencegah morbiditas dan mortalitas yaitu menghambat persalinan preterm dengan pemberian tokolisis, pematangan surfaktan paru janin dengan kortikosteroid, dan bila perlu dilakukan pencegahan infeksi (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010). Penatalaksanaan

kebidanan mengenai kemajuan persalinan prematur sampai kelahiran dilakukan kolaborasi dengan dokter yang menangani wanita (Varney, Kriebs, Gegor, 2007).

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), tokolisis adalah penggunaan obat-obatan yang akan menghambat kontraksi uterus. Salah satu tokolisis yaitu nifedipin 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang dan dapat diberikan lagi jika kontraksi timbul berulang. Terapi nifedipin digunakan karena mempunyai efek samping kecil. Dianjurkan ibu hamil membatasi aktivitas atau tirah baring untuk mencegah persalinan preterm (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru janin. Kortikosteroid perlu diberikan bila usia kehamilan kurang dari 35 minggu. Pemberian kortikosteroid tidak diulang karena risiko pertumbuhan janin terhambat. Salah satu jenis kortikosteroid adalah deksametason (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), penatalaksanaan asuhan untuk wanita dengan tanda dan gejala yang mengindikasikan persalinan prematur adalah tirah baring dalam posisi miring atau lateral, pemantauan DJJ eksternal, kontraktilitas uterus, dan jika ketuban utuh pemeriksaan dalam dilakukan oleh satu orang untuk memantau perubahan serviks.

Persalinan dapat dipertimbangkan berlangsung bila TBJ >2.000 gram atau umur kehamilan >34 minggu. Usia kehamilan 34 minggu atau lebih dapat melahirkan di tingkat dasar/primer mengingat prognosis baik. Bila janin presentasi kepala diperbolehkan partus pervaginam, seksio sesarea hanya dilakukan jika ada indikasi obstetrik. Setelah kehamilan lebih dari 34 minggu, persalinan dibiarkan terjadi karena morbiditas dianggap sama dengan kehamilan aterm (Saifuddin, Rachimhadhi, dan Winkjosastro, 2010).

3. Tanda-tanda Persalinan

Apabila sudah masuk dalam persalinan terjadi perubahan serviks yang secara progresif menipis dan membuka sehingga selaput lendir yang ada di kanalis servikalis terlepas dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah yang sering disebut dengan *bloody show*. Terjadi his yang teratur minimal 3x dalam 10 menit, interval makin pendek, dan kekuatan semakin besar (setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik) dan uterus mengeras setiap kontraksi sehingga jari tangan tidak bisa menekan uterus. Ibu akan merasakan bagian belakang (pinggang) nyeri menjalar ke depan dan bila pasien beraktivitas misalnya berjalan maka kekuatan his akan bertambah. Sebagian ibu juga mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008).

4. Pemeriksaan Dalam

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), wanita intrapartum normal dianjurkan dilakukan pemeriksaan dalam pada saat datang untuk

menetapkan informasi dasar, sebelum memutuskan jenis obat jumlah dan rute obat, untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan ibu untuk mengejan atau sebaliknya, setelah ketuban pecah atau dicurigai ada prolaps tali pusat.

5. Tahap-tahap Persalinan

1) Kala I

Berlangsung dari pembukaan 0-10 cm (lengkap). Pada awal pembukaan his tidak terlalu kuat dan mulai mengeluarkan *bloody show*. Kala I berlangsung selama 18-24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0-3 cm dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan 3-10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi fase akselerasi (2 jam) dari pembukaan 3-4 cm, fase dilatasi maksimal (2 jam) dari pembukaan 4-9 cm, dan fase deselerasi (2 jam) dari pembukaan 9-10 cm. Kontraksi menjadi lebih kuat dan sering pada fase aktif. Pada multigravida fase laten dan aktif menjadi lebih pendek. Berdasarkan kurva Fridman pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2 cm/jam (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008).

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. His menjadi lebih kuat dan cepat (2-3 menit sekali). Kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul dan saat ada his menekan otot-otot dasar panggul sehingga menimbulkan reflek ingin mengedan. Ibu juga akan merasakan tekanan pada rektum, seperti ingin BAB, perineum

menonjol, vulva dan anus membuka (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008). Menurut Setyawati dan Nugraheni (2013), lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008). Kala III persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit. Risiko perdarahan pada kala III meningkat apabila lebih lama dari 30 menit (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007). Untuk mengurangi perdarahan dilakukan manajemen aktif kala III yaitu pemberian oksitosin 10 unit (maksimal 2 menit), penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008).

4) Kala IV

Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai 2 jam sesudahnya (Sumarah, Widyastuti, dan Wiyati, 2008). Kala IV dilakukan observasi kontraksi uterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin. Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascasalin (Setyawati dan Nugraheni, 2013).

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan

yang terjadi secara terus menerus. Nyeri uterus akan hilang jika uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.

6. Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah

Diagnosa diabetes mellitus dapat ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan kadar glukosa dalam darah dan dapat dilihat dalam Tabel 2.5.

Tabel 2.5. Kadar Glukosa Darah

				Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena			<100	100-199	≥200
	Darah kapiler			<90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena			<100	100-125	≥126
	Darah kapiler			<90	90-99	≥100

(PERKENI, 2006)

7. Episiotomi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheni (2013), episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Tujuan tindakan episiotomi adalah mempercepat persalinan dengan memperlebar jalan lahir lunak, mengendalikan robekan perineum untuk memudahkan menjahit, dan menghindari robekan perineum spontan. Indikasi dilakukan episiotomi adalah gawat janin, ada penyulit kelahiran (presbo, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsep), jaringan parut pada perineum atau vagina, perineum kaku dan pendek, dan ada ruptur membakat.

8. Perbaiki Robekan Vagina dan Perineum

Terdapat 4 tingkat robekan vagina dan perineum yaitu:

- a. Tingkat 1 mengenai mukosa vagina dan jaringan ikat dan tidak perlu dijahit.
- b. Tingkat 2 mengenai mukosa vagina, jaringan ikat dan otot dibawahnya. Robekan tingkat 2 dijahit dengan benang yang dapat diserap untuk menutup robekan yaitu poliglikonik atau *cut gut*. Memberikan anestesi lokal merupakan penerapan asuhan sayang ibu. Berikan 10 ml lignokain 0,5% di bawah mukosa vagina, kulit perineum, dan otot-otot perineum. Aspirasi sebelum memberikan lignokain, bila masuk pembuluh darah dapat menyebabkan kejang dan kematian. Setelah anestesi bekerja, lakukan penjahitan mukosa, otot, dan kulit dengan teknik yang sesuai dengan kondisi pasien.
- c. Tingkat 3 mengenai otot sfingter ani. Harus dilakukan oleh penolong yang berkompeten bila tidak mampu segera rujuk.
- d. Tingkat 4 mengenai mukosa rektum. Harus dilakukan oleh penolong yang berkompeten bila tidak mampu segera rujuk (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

9. Anemia dan KEK dalam Persalinan

Dampak anemia saat persalinan berupa gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan

postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010). Dampak KEK dalam persalinan menurut Waryono (2010), meliputi persalinan sulit dan lama, persalinan prematur, dan perdarahan.

Menurut Pavord, et al, (2011) dalam *UK Guidelines On The Management Of Iron Deficiency In Pregnancy*, apabila kadar Hb ketika persalinan <10 g/dl dipertimbangkan untuk melahirkan di rumah sakit untuk mengurangi perdarahan ketika melahirkan meskipun penolong bidan dan bila kadar Hb <9,5 g/dl melahirkan dibawah pengawasan dokter obsgin serta diberikan cairan IV, tersedia persediaan darah, manajemen aktif kala III, dan perencanaan bila terjadi kehilangan banyak darah. Pemberian injeksi intramuskular syntometrine/syntocinon pada kala III persalinan dapat mengurangi risiko perdarahan postpartum.

C. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir (BBL)/Neonatus

1. Pengertian Bayi Baru Lahir/Neonatus

Menurut Muslihatun (2012), neonatus adalah bayi baru lahir usia 0 hari sampai usia 1 bulan sesudah lahir. Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. Sedangkan menurut Maryunani dan Nurhayati (2008), neonatus atau bayi baru lahir adalah dari lahir sampai usia 1 bulan.

2. Manajemen Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Wibowo (2010), sebelum bayi lahir dilakukan penilaian apakah usia kehamilan cukup bulan dan air ketuban jernih. Setelah lahir dilakukan penilaian apakah bayi menangis spontan/bernapas tidak megap-megap dan tonus otot/bayi bergerak aktif. Bila bayi cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis, dan tonus otot aktif dilanjutkan dengan asuhan bayi baru lahir normal meliputi menjaga bayi tetap hangat, mengisap lendir dari mulut dan hidung (hanya jika perlu), mengeringkan bayi, memantau tanda bahaya, mengklem memotong dan mengikat tali pusat, melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) minimal 1 jam, memberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadione) 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral untuk mencegah perdarahan, memberikan salep mata antibiotika (dianjurkan tetrasiklin 1%) pada kedua mata untuk pencegahan infeksi mata, melakukan pemeriksaan fisik, dan memberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuskular di paha kanan anterolateral kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B perlu diberikan sedini mungkin (dalam waktu 12 jam) setelah lahir untuk mencegah penularan dari ibu ke bayinya (Ranuh, dkk, 2011).

Menurut Moegni dan Ocviyanti (2013), jika bayi lahir tidak cukup bulan dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau lemas setelah dilakukan langkah awal dan dinilai bayi bernapas normal dilanjutkan tindakan manajemen bayi baru lahir normal.

3. Tanda Vital Bayi Baru Lahir/Neonatus

Denyut jantung bayi baru lahir antara 120-160 x/menit. Respirasi 40-60 x/menit. Suhu 36,5-37,5 °C (Wibowo, 2010). Bayi baru lahir cenderung cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu konveksi, konduksi, radiasi, dan evaporasi. Dampak kehilangan panas pada neonatus adalah hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

4. Cara Merawat Tali Pusat

Menurut Wibowo (2010), sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat cuci tangan terlebih dahulu. Jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi (kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau) asalkan tidak dikompres karena menyebabkan tali pusat basah dan lembab. Tali pusat harus dijaga tetap bersih dan kering sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri. Jika puntung tali pusat kotor bersihkan dengan air DTT dan sabun dan segera dikeringkan dengan kain bersih.

5. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Menurut Wibowo (2010), tanda bahaya yang harus diperhatikan adalah tidak mau minum/memuntahkan semuanya, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, napas cepat (≥ 60 x/menit), napas lambat (< 30 x/menit),

tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu aksila $>37,5$ °C), teraba dingin (suhu aksila $<36,5$ °C), nanah yang banyak dimata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare (letargis, mata cekung, cubitan perut kembali lambat), tampak kuning (<24 jam setelah lahir atau >14 hari) pada telapak tangan dan kaki, atau terjadi perdarahan.

6. Sistem Penilaian/Skoring APGAR Bayi Baru Lahir

Nilai APGAR 0-3 mengindikasikan distress berat, nilai 4-6 mengindikasikan kesulitan moderat, dan nilai 7-10 mengindikasikan bayi tidak akan mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar rahim (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005).

7. Sistem Penilaian/Skoring Usia Gestasi Ballard Skor

Skala Ballard Baru atau *New Ballard Scale* (NBS) adalah skala untuk pengkajian usia gestasi yang disusun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dubowitz dan kawan-kawan dan telah di sederhanakan oleh Ballard. Skala tersebut telah direvisi untuk mengkaji bayi baru lahir yang sangat prematur secara akurat dan memberikan keakuratan yang lebih besar pada bayi baru lahir cukup bulan. NBS dan skala lain akurat dalam waktu dua minggu (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Limawa, et al (2008), terbukti bahwa skor *new ballard* sangat baik bila digunakan untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir.

Menurut Maryunani dan Nurhayati (2008), sistem penilaian/*scoring new Ballard* ideal dilakukan pada saat bayi berusia antara 2-8 jam. Apabila penilaian dilakukan lebih awal (usia bayi <2 jam), waktu itu bayi sedang menjalani pemulihan dari stres lahir dan pergerakan otot dapat menunjukkan adanya keletihan. Nilai kematangan antara 26-44 minggu berasal dari nilai kumulatif (maturitas neuromuskuler dan fisik) dan berlaku untuk semua bayi di semua bangsa. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Karunasekera, et al (2002), pada 200 bayi baru lahir didapatkan keakuratan skor pada 24 jam pertama setelah lahir.

Penilaian maturitas neuromuscular menurut Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al, (1991), meliputi:

a. Postur

Tonus otot tercermin dalam postur tubuh bayi saat istirahat dan adanya tahanan saat otot diregangkan. Untuk mengamati postur, bayi diposisikan terlentang, bayi tenang, dan dilakukan manipulasi ringan dengan memfleksikan jika ekstensi atau sebaliknya. Fleksi panggul tanpa abduksi memberikan gambaran seperti posisi kodok.

b. Sudut pergelangan tangan (*square window*)

Fleksibilitas pergelangan tangan dan atau tahanan terhadap peregang ekstensor memberikan hasil sudut fleksi pada pergelangan tangan. Pemeriksa meluruskan jari-jari bayi dan menekan punggung tangan dekat dengan jari-jari lembut.

c. Rekoil tangan (*arm recoil*)

Maneuver ini berfokus pada fleksi pasif dari tonus biceps dengan mengukur sudut mundur singkat setelah sendi siku di fleksi dan ekstensikan. Bayi terlentang, pegang kedua tangan bayi, fleksikan lengan bagian bawah sejauh mungkin dalam 5 detik, lalu rentangkan kedua lengan dan lepaskan. Amati reaksi bayi saat lengan dilepaskan.

d. Sudut poplitea (*popliteal angle*)

Maneuver ini menilai pematangan tonus fleksor pasif sendi lutut dengan menguji resistensi ekstremitas bawah terhadap ekstensi. Bayi tidur terlentang tanpa popok, paha ditempatkan lembut di perut bayi dengan lutut tertekuk penuh, jangan menekan paha belakang karena dapat mengganggu interpretasi, kaki diekstensikan sampai terdapat resistensi pasti terhadap ekstensi, dan ukur sudut yang terbentuk antara paha dan betis di daerah popliteal. Bayi harus tenang tidak menendang aktif.

e. Tanda scarf (*scarf sign*)

Manuver ini menguji tonus pasif fleksor gelang bahu. Bayi berbaring terlentang, pemeriksa mengarahkan kepala bayi ke garis tengah tubuh dan mendorong tangan bayi melalui dada bagian atas dengan satu tangan dan ibu jari dari tangan sisi lain pemeriksa diletakkan pada siku bayi. Siku mungkin perlu diangkat melewati tubuh bayi, namun kedua bahu harus tetap menempel di meja dan kepala tetap lurus. Posisi siku bayi diamati dan dibandingkan dengan

angka pada lembar penilaian, yakni, penuh pada tingkat leher (-1); garis aksila kontrateral (0); kontrateral baris putting (1); prosesus xyphoid (2); garis putting ipsilateral (3); dan garis aksila ipsilateral (4).

f. Perasat tumit ke telinga (*heel to ear*)

Maneuver ini menilai tonus pasif otot fleksor pada gelang panggul dengan memberikan fleksi pasif atau tahanan terhadap otot-otot posterior fleksor pinggul. Posisi bayi terlentang, pegang kaki dengan ibu jari dan telunjuk, tarik sedekat mungkin dengan kepala tanpa memaksa, pertahankan panggul pada permukaan meja periksa, dan amati jarak antara kaki dan kepala serta tingkat ekstensi lutut. Hasil resistensi tumit ketika berada pada atau dekat: telinga (-1); hidung (0); dagu (1); putting baris (2); daerah pusar (3); dan lipatan femoralis (4).

Penilaian maturitas fisik menurut Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al, (1991), meliputi:

a. Kulit (*skin*)

Pematangan kulit janin melibatkan pengembangan struktur intrinsiknya bersamaan dengan hilangnya secara bertahap dari lapisan pelindung (*vernix caseosa*), sehingga kulit menebal, mengering, menjadi keriput atau mengelupas, dan dapat timbul ruam selama pematangan janin. Pada keadaan matur dan postmatur, janin dapat mengeluarkan mekonium dalam cairan ketuban sehingga mempercepat

proses pengeringan kulit, menyebabkan mengelupas, pecah-pecah, dan dehidrasi.

b. Lanugo

Lanugo mulai tumbuh pada usia gestasi 24-25 minggu dan biasanya sangat banyak, terutama di bahu dan punggung atas ketika memasuki minggu ke 28. Lanugo mulai menipis dari punggung bagian bawah. Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya paling luas terdapat di daerah lumbo sakral. Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo. Saat melakukan penilaian hendaknya menilai daerah yang mewakili jumlah relatif lanugo yakni pada daerah atas dan bawah dari punggung.

c. Lipatan plantar (*plantar surface*)

Garis telapak kaki pertama kali muncul pada bagian anterior ini kemungkinan berkaitan dengan posisi bayi ketika di dalam kandungan. Bayi *very premature* dan *extremely immature* tidak mempunyai garis pada telapak kaki. Untuk membantu menilai status maturitas fisik bayi berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit.

d. Payudara (*breast*)

Areola mammae terdiri atas jaringan mammae yang tumbuh akibat stimulasi estrogen ibu dan jaringan lemak yang tergantung dari nutrisi yang diterima janin. Dilakukan palpasi jaringan mammae

dibawah areola dengan ibu jari dan telunjuk untuk mengukur diameternya dalam millimeter.

e. Mata/telinga (*eye/ear*)

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur. Palpasi untuk mengetahui ketebalan kartilago, lipat daun telinga ke arah wajah kemudian lepaskan dan amati kembalinya daun telinga. Pada bayi prematur daun telinga akan tetap terlipat ketika dilepaskan. Pemeriksaan pada mata menilai kematangan berdasarkan perkembangan palpebra. Pemeriksa membuka dan memisahkan palpebra superior dan inferior dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Pada bayi *extremely premature* palpebra akan menempel erat satu sama lain, dengan bertambahnya maturitas palpebra bisa dipisahkan walaupun hanya satu sisi dan meninggalkan sisi yang lain.

f. Genetalia

Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam skrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi. Testis kiri lebih dulu turun yaitu sekitar minggu ke 32. Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di kanalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33-34 kehamilan. Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae. Testis telah sepenuhnya turun bila terdapat dalam zona berugae. Pada neonatus matur hingga postmatur, skrotum

biasanya seperti pendulum dan dapat menyentuh kasur ketika berbaring.

Hasil pengkajian NBS harus langsung dicatat, setelah nilai untuk setiap kategori maturitas fisik dan neuromuskuler ditetapkan, nilai-nilai tersebut dijumlahkan dan nilai akhirnya dibandingkan dengan standar penilaian untuk mendapatkan usia gestasi. Kemudian bayi baru lahir digolongkan ke dalam salah satu kategori yaitu kurang bulan (usia gestasi ≤ 38 minggu), cukup bulan (usia gestasi 38-42 minggu), atau lewat bulan (usia gestasi ≥ 42 minggu) (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007). Interpretasi hasil pemeriksaan maturitas fisik dan neuromuskuler disesuaikan dengan skor sehingga didapatkan usia gestasi seperti pada Gambar 2.2.

MATURATIONAL ASSESSMENT OF GESTATIONAL AGE (New Ballard Score)

NAME _____ SEX _____
 HOSPITAL NO. _____ BIRTH WEIGHT _____
 RACE _____ LENGTH _____
 DATE/TIME OF BIRTH _____ HEAD CIRC. _____
 DATE/TIME OF EXAM _____ EXAMINER _____
 AGE WHEN EXAMINED _____
 APGAR SCORE: 1 MINUTE _____ 5 MINUTES _____ 10 MINUTES _____

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
POSTURE								
SQUARE WINDOW (Wrist)								
ARM RECOIL								
POPLITEAL ANGLE								
SCARF SIGN								
HEEL TO EAR								
TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE								

SCORE
 Neuromuscular _____
 Physical _____
 Total _____

MATURITY RATING

SCORE	WEEKS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

PHYSICAL MATURITY

PHYSICAL MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
SKIN	sticky friable transparent	gelatinous red translucent	smooth pink visible veins	superficial peeling &/or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled	
LANUGO	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald		
PLANTAR SURFACE	heel-toe 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases over entire sole		
BREAST	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	stippled areola 1-2 mm bud	raised areola 3-4 mm bud	full areola 5-10 mm bud		
EYE / EAR	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	formed & firm instant recoil	thick cartilage ear stiff		
GENITALS (Male)	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending few rugae	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae		
GENITALS (Female)	clitoris prominent & labia flat	prominent clitoris & small labia minora	prominent clitoris & enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora		
TOTAL PHYSICAL MATURITY SCORE								

GESTATIONAL AGE (weeks)
 By dates _____
 By ultrasound _____
 By exam _____

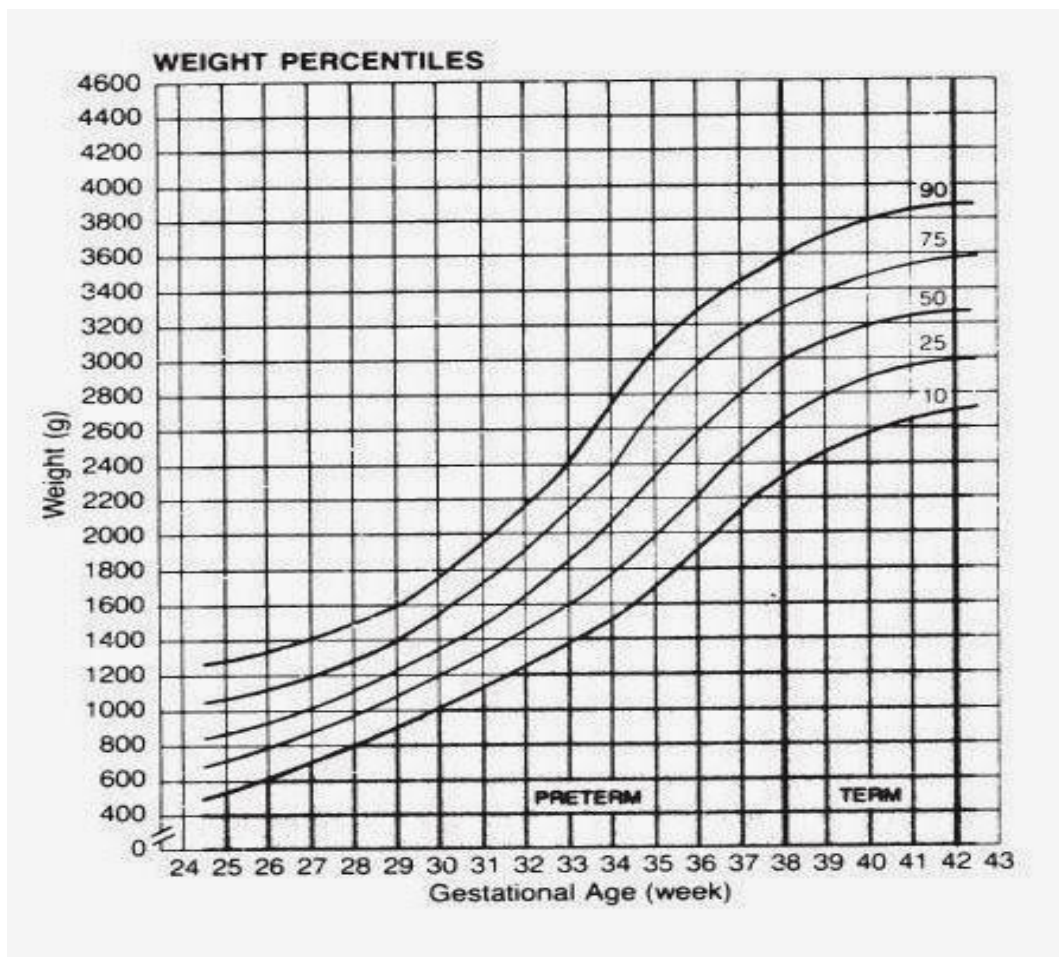
Reference
 Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119:417-423. Reprinted by permission of Dr Ballard and Mosby—Year Book, Inc.

Gambar 2.2. Lembar Penilaian/Scoring New Ballard

8. Hubungan Usia Gestasi dan Berat Lahir

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), untuk menetapkan hubungan antara usia gestasi dan berat lahir harus memiliki data akurat. Setelah memiliki data tersebut kemudian digolongkan dalam tiga kategori yaitu:

- a. Sesuai untuk Masa Kehamilan (SMK)/ *Appropriate for Gestasional Age* (AGA). Berat berada di antara persentil ke-10 dan ke-90 untuk usia bayi (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005).
- b. Besar untuk Masa Kehamilan (BMK)/ *Large for Gestasional Age* (LGA). Berat di atas persentil ke-90 (atau dua atau lebih di atas standar deviasi di atas nilai normal) pada minggu manapun. Penyebab umum BMK antara lain intoleransi glukosa selama hamil, ibu hamil dengan diabetes mellitus, nutrisi berlebihan, dan hereditas (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005). Panjang badan dan lingkar kepala bayi makrosomia di atas 90 persentil, bayi terlihat lemah dan letargi, neuromuscular mudah terangsang, jantung membesar karena hipertropimiokard, liver dan adrenal membesar (Maryunani dan Nurhayati, 2008). Hubungan antara usia gestasi dan berat lahir ditampilkan dalam sebuah grafik dalam Gambar 2.3.



Gambar 2.3. Grafik Hubungan Usia Gestasi dan Berat Badan Lahir

Dengan mengkombinasi kategori usia gestasi dan (kurang bulan, cukup bulan, dan lewat bulan) dengan kategori berat/usia gestasi kemudian bayi baru lahir dapat digolongkan ke dalam salah satu kategori yaitu kurang bulan kecil masa kehamilan, kurang bulan sesuai masa kehamilan, kurang bulan besar masa kehamilan, cukup bulan kecil masa kehamilan, cukup bulan sesuai masa kehamilan, cukup bulan besar masa kehamilan, lewat bulan kecil masa kehamilan, lewat bulan sesuai masa kehamilan, atau lewat bulan besar masa kehamilan (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

9. Penampilan Fisik Bayi Cukup Bulan

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), bayi baru lahir normal cukup bulan mempunyai ciri-ciri berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm, lingkar dada 30 - 38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120–160 x/menit, pernafasan \pm 40 – 60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, genetalia laki – laki testis sudah turun ke skrotum, reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek *morrow* (gerak memeluk) bila dikagetkan sudah baik, reflek *graps* (menggenggam) sudah baik, pola eliminasi baik, dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kehijauan.

10. Pemberian ASI pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Menurut Moegni dan Ocviyanti (2013), ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan. Tanda bayi yang mendapat ASI cukup yaitu buang air kecil (BAK) sebanyak 6x/24 jam, buang air besar (BAB) bayi berwarna kekuningan dan berbiji, bayi tampak puas setelah minum ASI, bayi menyusu biasanya 10-12x/24 jam, payudara terasa lembut dan kosong setelah menyusui, dan berat badan bayi bertambah sesuai usia.

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), selama 3-5 hari pertama kehidupan bayi baru lahir yang disusui kehilangan 5-10 persen

berat badan lahirnya. Berat badan bayi harus kembali seperti pada waktu lahir pada hari kesepuluh.

11. Dampak Anemia dan KEK dalam Kehamilan terhadap Bayi Baru Lahir

Dampak anemia dapat terjadi berat badan lahir rendah, dapat terjadi cacat bawaan, intelegensia rendah, bayi mudah terkena infeksi hingga menyebabkan kematian perinatal (Manuaba, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kusumastuti (2008), bahwa ada hubungan antara status anemia dengan BBLR begitu pula dengan KEK.

12. Standar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Menurut Mulati, Sari, dan Muchtar (2012), kunjungan neonatus meliputi:

a. Kunjungan Neonatal 1 (KN 1) dilakukan pada usia 6 jam-3 hari

Asuhan yang diberikan yaitu injeksi vitamin K1 dan imunisasi hepatitis B (jika belum disuntik pada saat kelahiran), penilaian usia bayi (cukup bulan), berat badan dan panjang badan bayi (jika belum dilakukan), menanyakan terakhir bayi disusui, dukungan ASI eksklusif, memastikan ada/tidak komplikasi pada bayi (asfiksia, kelainan congenital, trauma lahir), memeriksa tanda bahaya, memastikan bayi sudah BAK dan BAB, perawatan tali pusat dan KIE perawatan tali pusat pada ibu, dan menganjurkan keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

b. Kunjungan neonatal 2 (KN 2) dilakukan pada usia 4-7 hari

Asuhan yang diberikan yaitu injeksi vitamin K1 dan imunisasi hepatitis B (jika belum disuntik pada saat kelahiran), memastikan bayi

cukup tidur, dukungan ASI eksklusif, memastikan neonatus hanya mendapat ASI saja, perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik, jika ditemukan tanda bahaya maka segera melakukan rujukan, memastikan neonatus BAK dan BAB lancar, dan menganjurkan keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

c. Kunjungan neonatal 3 (KN 3) dilakukan pada usia 8-14 hari

Asuhan yang diberikan yaitu injeksi vitamin K1 dan imunisasi hepatitis B (jika belum disuntik pada saat kelahiran), memastikan bayi cukup tidur, dukungan ASI eksklusif, memastikan neonatus hanya mendapat ASI saja, perawatan tali pusat, melakukan pemeriksaan fisik, jika ditemukan tanda bahaya maka segera melakukan rujukan, memastikan neonatus BAK dan BAB lancar, dan memfasilitasi keluarga untuk mengurus akte kelahiran.

D. Tinjauan Teori Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa puerperium normal adalah waktu yang diperlukan agar organ genitalia interna ibu kembali menjadi normal secara anatomis dan fungsional yaitu sekitar 6 minggu (Manuaba, dkk, 2007). Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

2. Perubahan Fisiologi pada Ibu Nifas

Involusi uterus meliputi reorganisasi dari pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokia. Menyusui dapat mempercepat proses involusi uterus. Regenerasi endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir 6 minggu (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007). Involusi uterus selama masa nifas dapat dilihat dalam Tabel 2.6.

Tabel 2.6. Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

(Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009)

Lokia adalah pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta. Lokia rubra (kruenta) keluar hari ke 1-3 berwarna hitam dan merah dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan darah. Lokia sanguinolenta keluar hari ke 3-7 dan berwarna putih bercampur merah. Lokia serosa keluar keluar hari ke 7-14 berwarna coklat kekuningan. Lokia alba keluar setelah hari ke-14 berwarna putih (Manuaba, 2010).

Ligamentum dan diafragma pelvis yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah bayi lahir berangsur-angsur menciut kembali dan kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur dan mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi. Bentuk serviks akan menganga seperti corong (Marmi, 2014). Setelah kelahiran, vagina terbuka lebar dan mungkin mengalami memar, edema, dan celah pada introitus. Setelah 1-2 hari, tonus otot vagina kembali sehingga celah vagina tidak lebar lagi dan tidak edema. Pada minggu ketiga pascapartum rugae vagina kembali (Varney, Kriebs, dan Geger, 2007).

Hormon estrogen dan progesteron membangkitkan perkembangan alveolus dan duktus laktiferus di dalam payudara. Setelah bayi lahir, terjadi penurunan kadar hormon estrogen sehingga kadar hormon prolaktin meningkat. Peningkatan kadar hormon prolaktin mendorong produksi ASI, sehingga aktivitas produksi ASI dimulai secara berkesinambungan. hisapan bayi pada puting akan merangsang produksi oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior. Oksitosin masuk ke dalam darah dan menyebabkan kontraksi otot-otot polos yang mengelilingi alveolus dan duktus laktiferus, sehingga ASI keluar menuju sinus laktiferus dan di sana ASI disimpan. Pada saat bayi menghisap puting, ASI di dalam sinus tertekan dan keluar ke mulut bayi. Gerakan ini dinamakan *let down* (pelepasan ASI) (Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009).

Dalam 12 jam pertama pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil. Bila wanita pascasalin tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pascasalin mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang kateter (Marmi, 2014). Vesica urinaria yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan perdarahan postpartum dan distensi vesica urinaria dapat disebabkan oleh retensi urin. Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu (Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009).

Menurut Marmi (2014), penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan normal dalam 4-5 minggu postpartum. Bila kadar Hb turun 2 gr% diasosiasikan telah kehilangan darah 500 cc selama persalinan. Kadar semua unsur darah kembali normal pada keadaan tidak hamil pada akhir puerperium (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

Menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007), setelah melahirkan tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat sementara kemudian berangsur kembali seperti sebelum kehamilan. Tekanan darah harus dipantau untuk mengkaji risiko preeklamsia pascapartum. Suhu maternal kembali normal setelah 24 jam pertama pascapartum. Denyut nadi kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Denyut nadi >100 selama puerperium adalah abnormal, kemungkinan terjadi infeksi atau hemoragi pascapartum lambat. Fungsi pernapasan kembali normal selama

jam pertama pascapartum. Napas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru. Menurut Marmi (2014), suhu badan setelah melahirkan dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$, apabila suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ waspadai kemungkinan ada infeksi postpartum. Denyut nadi normal wanita dewasa 60-80 x/menit. Tekanan darah normal sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg.

3. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Ibu nifas dianjurkan makan dengan diit berimbang cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Pada 6 bulan pertama, ibu menyusui mengkonsumsi tambahan 800 kalori/hari dari kebutuhan kalori per hari. Ibu menyusui membutuhkan protein 40 gram/hari. Asupan cairan 3 liter/hari. Ibu nifas mengkonsumsi tablet besi 1 tablet/hari selama 40 hari masa nifas. Mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU untuk meningkatkan kualitas ASI, daya tahan tubuh, dan kelangsungan hidup anak. Mengonsumsi sayuran hijau dapat memperbanyak produksi ASI (Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009).

Ibu nifas dianjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun, mengganti pembalut setiap kali mandi BAK BAB atau setiap 3-4 jam sekali, mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah menyentuh daerah kelamin, dan tidak sering menyentuh luka episiotomi dan laserasi (Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009).

Menurut Suherni, Widyasih, dan Rahmawati (2009), sebagian besar wanita melakukan ambulasi 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini dianjurkan untuk menghindari komplikasi, meningkatkan involusi, dan meningkatkan cara pandang emosional (Marmi, 2014).

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan, istirahat siang kira-kira 2 jam, istirahat malam 7-8 jam, dan kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan (Suherni, Widyasih, dan Rahmawati, 2009). Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat mengurangi produksi ASI, memperlambat involusi dan meningkatkan perdarahan, dan menyebabkan depresi (Marmi, 2014).

Ibu nifas normal BAK secara spontan setiap 3-4 jam dan diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari postpartum. Beberapa cara agar ibu dapat BAB dengan lancar adalah pemberian makanan berserat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi pascapersalinan dan perawatan luka jalan lahir, dan dapat dilakukan huknah atau pemberian obat lain (Marmi, 2014).

Menurut Marmi (2014), ibu baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual setelah 6 minggu persalinan karena pada masa itu luka akibat persalinan, termasuk episiotomi dan luka bekas *sectio cesarea* (SC) telah sembuh dengan baik. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Saifuddin, Rachimhadi, dan Winkjosastro, 2010).

4. Anemia dan KEK pada Ibu Nifas

Menurut Fraser dan Cooper (2009), ibu nifas tidak anemia jika kadar hemoglobin >11,0 gr%. Transfusi darah perlu diberikan jika Hb <9,0 gr%, jika kadar Hb <11,0 gr% diberikan saran mengenai diet yang tepat dan zat besi. Menurut IBI (2006), waktu terbaik untuk melakukan pemeriksaan kadar Hb ibu nifas adalah 3-5 hari pascalin karena bila pemeriksaan Hb dilakukan terlalu cepat setelah persalinan dapat memberi gambaran tinggi yang semu. Ibu nifas yang perlu di periksa kadar Hb yaitu riwayat kehamilan dengan anemia, menderita infeksi, mengalami perdarahan sebelumnya, dan melahirkan anak kembar.

Menurut Pavord, et al (2011) dalam *UK Guidelines On The Management Of Iron Deficiency In Pregnancy*, ibu nifas anemia bila kadar Hb <10 g/dl. Dalam 48 jam setelah persalinan harus dilakukan cek kadar Hb bila ibu kehilangan darah >500cc atau tidak terdeteksi pasti anemia selama kehamilan. Penanganan anemia pada postpartum adalah dengan pemberian 100-200 mg besi elemental selama tiga bulan untuk perbaikan cadangan besi dalam tubuh dan dilakukan cek darah untuk evaluasi terapi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supiati dan Yulaikah (2015), konsumsi telur rebus setiap hari pada ibu nifas selain mempercepat penyembuhan luka perineum, juga dapat meningkatkan kadar Hb rata-rata 2 gr%.

Dampak anemia pada nifas dapat terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium,

pengeluaran ASI berkurang, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi *mamae* (Manuaba, 2010). Menurut Waryono (2010), akibat KEK pada ibu dapat menyebabkan risiko dan komplikasi antara lain anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal, dan mudah terkena penyakit infeksi.

5. Perawatan Luka Perineum pada Masa Nifas

Menurut Sujiyatini, Djanah, dan Kurniati (2010), tujuan perawatan luka perineum adalah mencegah terjadinya infeksi pada organ-organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme melalui vulva yang terbuka atau akibat dari perkembangbiakan bakteri pada peralatan penampung *lochea* (pembalut) serta kontaminasi dari rektum. Perawatan perineum juga untuk meningkatkan kenyamanan ibu nifas dan mempercepat penyembuhan. Perawatan perineum dapat dilakukan saat mandi, setelah buang air kecil (BAK) dan setelah buang air besar (BAB).

Ibu nifas harus mengusahakan daerah perineum tetap bersih dan kering. Pembersihan vagina dilakukan dari arah depan ke belakang untuk mencegah penyebaran infeksi dari anus ke vagina. Cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti pembalut atau menyentuh daerah kelamin. Ibu dapat menggunakan kertas toilet untuk mengeringkan vagina dengan gerakan menepuk. Ganti pembalut secara teratur dan letakkan dengan pas supaya tidak menggesek dan menyebabkan iritasi pada daerah kelamin. Ganti celana dalam setelah mandi atau setiap kali basah. Tindakan perawatan perineum dan episiotomi yaitu menekan dengan lembut jahitan

luka episiotomi dengan kasa yang dibubuhi cairan antiseptik. Selama 2 jam pertama luka jahitan episiotomi dapat dikompres dengan es yang dibungkus untuk menurunkan pembentukan edema dan efek anestetik untuk meningkatkan kenyamanan ibu (Juraida dan Nurmailis Noor, 2013).

6. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka Perineum

Menurut Sujiyatini, Djanah, dan Kurniati (2010) penyembuhan luka perineum dipengaruhi oleh faktor gizi. Gizi nutrisi terutama protein mempengaruhi proses penyembuhan luka pada perineum karena pergantian jaringan membutuhkan protein. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supiati dan Yulaikah (2015), bahwa telur rebus efektif untuk mempercepat penyembuhan luka jahitan perineum dan meningkatkan kadar Hb pada ibu nifas. Rata-rata ibu nifas yang mengonsumsi telur rebus setiap hari mengalami penyembuhan luka perineum <8 hari dan kadar Hb naik rata-rata 2 gr%.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rejeki dan Ernawati (2010), tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor umur, penyakit yang diderita, status obstetri, kondisi luka jahitan, lingkaran lengan atas, besar luka jenis luka dan lama hari rawat dengan penyembuhan luka perineum. Tetapi terdapat hubungan yang signifikan antara nilai kadar hb ibu pascapersalinan dengan penyembuhan luka perineum.

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dan benar akan menghindarkan ibu nifas dari infeksi, komplikasi, dan kematian ibu postpartum (Sujiyatini, Djanah, dan Kurniati, 2010). Hal ini sejalan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Herawati (2010), terdapat hubungan antara perawatan perineum dengan kesembuhan luka perineum pada ibu nifas.

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Moegni dan Ocviyanti (2013), tanda bahaya masa nifas meliputi terjadi perdarahan jalan lahir yang berlebihan, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat, sesak nafas, bengkak (di tangan, muka, atau tungkai) disertai sakit kepala hebat atau pandangan kabur, kejang nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting, nyeri/panas di daerah tungkai, terdapat tanda infeksi (kemerahan, nyeri, bengkak, panas) atau ibu kelihatan mengalami depresi.

8. Pemberian ASI Eksklusif

Pada bayi terdapat tiga refleks yang berhubungan dengan proses menyusui yaitu refleks mencari puting susu (*rooting reflex*), refleks menghisap (*sucking reflex*), dan refleks menelan (*swallowing reflex*). Cara menyusui yang benar bila menyusui dalam posisi dan perlekatan yang benar, menyusui minimal 8x sehari semalam (24 jam), bila bayi tidur >2 jam dibangunkan untuk disusui, menyusui kanan-kiri bergantian dan hanya berpindah ke sisi lain setelah mengosongkan payudara yang sedang disusukan (Wibowo, 2010).

Posisi menyusui bayi yang benar bila kepala leher dan tubuh bayi dalam satu garis lurus, badan bayi menghadap ke ibu, badan bayi melekat ke ibu, dan seluruh badan bayi tersangga dengan baik tidak hanya leher

dan bahu saja. Tanda bayi melekat dengan baik bila dagu bayi menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah membuka lebar dan lidah terlihat di dalamnya, areola juga masuk ke dalam mulut bayi tidak hanya putting susu, dan areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar. Tanda bayi menghisap dengan efektif yaitu menghisap secara dalam dan teratur, kadang diselingi istirahat, hanya terdengar suara menelan, dan tidak terdengar suara mengecap. Bila bayi sudah selesai menyusui bayi akan melepas payudara dengan spontan, bayi tampak tenang dan mengantuk, dan bayi tidak tampak berminat lagi dengan asi (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

9. Standar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

a. Kunjungan Nifas 1 (KF 1) dilakukan 6 jam-3 hari pasca persalinan

Asuhan yang diberikan yaitu memberikan 2 kapsul vitamin A warna merah 200.000 IU yang diminum selang satu hari, memberikan tablet Fe, pengobatan dan tindakan sesuai kondisi ibu (sesuai kompetensi), memastikan ibu tidak ada masalah dalam BAK dan BAB, melakukan pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, payudara, kontraksi uterus, TFU, vulva/perineum, hemoroid, dan tanda bahaya), pendidikan kesehatan dan konseling meliputi memastikan cukup istirahat, makan, minum, memastikan tidak ada kesulitan menyusui, memastikan keluarnya cairan dari jalan lahir, memastikan ada atau tidaknya tanda infeksi masa nifas, memastikan ada atau tidaknya tanda

bahaya, kondisi payudara, dan motivasi ASI eksklusif (Mulati, Sari, dan Muchtar, 2012).

b. Kunjungan Nifas 2 (KF 2) dilakukan 4-7 hari pasca persalinan

Asuhan yang diberikan yaitu memberikan tablet Fe, pengobatan dan tindakan sesuai kondisi ibu (sesuai kompetensi), memastikan ibu tidak ada masalah dalam BAK dan BAB, melakukan pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, payudara, kontraksi uterus, TFU, vulva/perineum, hemoroid, dan tanda bahaya), pendidikan kesehatan dan konseling meliputi memastikan cukup istirahat, makan, minum, memastikan tidak ada kesulitan menyusui, memastikan keluarnya cairan dari jalan lahir, memastikan ada atau tidaknya tanda infeksi masa nifas, memastikan ada atau tidaknya tanda bahaya, kondisi payudara, dan motivasi ASI eksklusif (Mulati, Sari, dan Muchtar, 2012).

c. Kunjungan Nifas 3 (KF) dilakukan 8-14 hari pasca persalinan

Asuhan yang diberikan yaitu memberikan tablet Fe, pengobatan dan tindakan sesuai kondisi ibu (sesuai kompetensi), memastikan ibu tidak ada masalah dalam BAK dan BAB, melakukan pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, payudara, kontraksi uterus, TFU, vulva/perineum, hemoroid, lochea dan tanda bahaya), pendidikan kesehatan dan konseling meliputi memastikan cukup istirahat, makan, minum, memastikan tidak ada kesulitan menyusui, memastikan keluarnya cairan dari jalan lahir, memastikan ada atau tidaknya tanda

infeksi masa nifas, memastikan ada atau tidaknya tanda bahaya, kondisi payudara, memotivasi untuk partisipasi dalam KB, dan motivasi ASI eksklusif (Mulati, Sari, dan Muchtar, 2012).

E. Tinjauan Teori Keluarga Berencana (KB)

1. Konseling Keluarga Berencana

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah memperlakukan klien dengan sopan, baik, dan ramah; memahami, menghargai, dan menerima keadaan ibu; memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami; menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari dan menyesuaikan isi KIE dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu (Handayani, 2010).

Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pascapersalinan. Metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mengganggu produksi ASI dan kesehatan bayi. Pada klien pascapersalinan yang menyusui masa infertilitas lebih lama, namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Ovulasi dapat terjadi dalam waktu 21 hari pascapersalinan (Affandi, 2012). Macam-macam kontrasepsi pascasalin yang dapat digunakan oleh ibu menyusui adalah metode amenorea laktasi (MAL), kondom, mini pil (pil progestin), suntik progestin (DMPA), implan, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), dan kontrasepsi mantap (MOW). AKDR dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah

sebelum pemasangan (Moegni dan Ocviyanti, 2013). Untuk membatasi kelahiran dapat dipilih kontrasepsi mantap (MOW), IUD, implan, suntikan, dan pil (Affandi, 2012).

2. Suntik Progestin (Depo Medroksiprogesteron Asetat/DMPA)

Suntik progestin (DMPA) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler di bokong. Dapat dipakai oleh ibu menyusui, semua wanita dalam usia reproduksi, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi, setelah abortus, perokok, tekanan darah <180/110 mmHg dengan gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsi, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi, usia >35 tahun, dan usia mendekati menopause yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi kombinasi (Affandi, 2012).

Cara kerja suntik progestin dengan mencegah terjadinya ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, 2012).

Efektivitas suntik progestin tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun jika penyuntikan dilakukan secara teratur dan tepat waktu (penggunaan tepat dan konsisten), tetapi menjadi 3 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun bila dipakai secara biasa. Kembalinya ke masa subur lebih lambat kira-kira membutuhkan waktu 4 bulan (Affandi, 2012). Jika ibu menyusui, suntikan dapat dimulai setelah 6

minggu pascasalin dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual atau dapat menggunakan kondom (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

Keuntungan suntik progestin adalah tidak mengganggu ASI, mengurangi risiko kanker endometrium dan fibroid uterus, risiko penyakit radang panggul simptomatik, anemia defisiensi besi, krisis endometriosis, dan krisis sel sabit pada ibu dengan anemia sel sabit (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

Keterbatasan suntik progestin adalah sering ditemukan gangguan haid, permasalahan berat badan, tidak melindungi dari IMS, terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian karena belum habis pelepasan obat suntikan dari deponya, dan penggunaan jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang, kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, menimbulkan jerawat (Affandi, 2012).

Efek samping suntik progestin adalah perubahan pola haid (tidak teratur, memanjang dalam 3 bulan pertama, perdarahan bercak, atau amenorea), sakit kepala, pusing, kenaikan/penurunan berat badan, perut kembung, perubahan suasana perasaan, dan penurunan libido (Moegni dan Ocviyanti, 2013).

F. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Standar Asuhan Kebidanan Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VII/2007

a. Standar I: Pengkajian

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap

b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan doagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. Standar III: Perencanaan

1) Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif

a) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga

b) Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga

c) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

d) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria

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

e. Standar V: Evaluasi

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga

- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
 - d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.
- f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan
- 1) Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
 - 2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan
 - a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
 - b) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

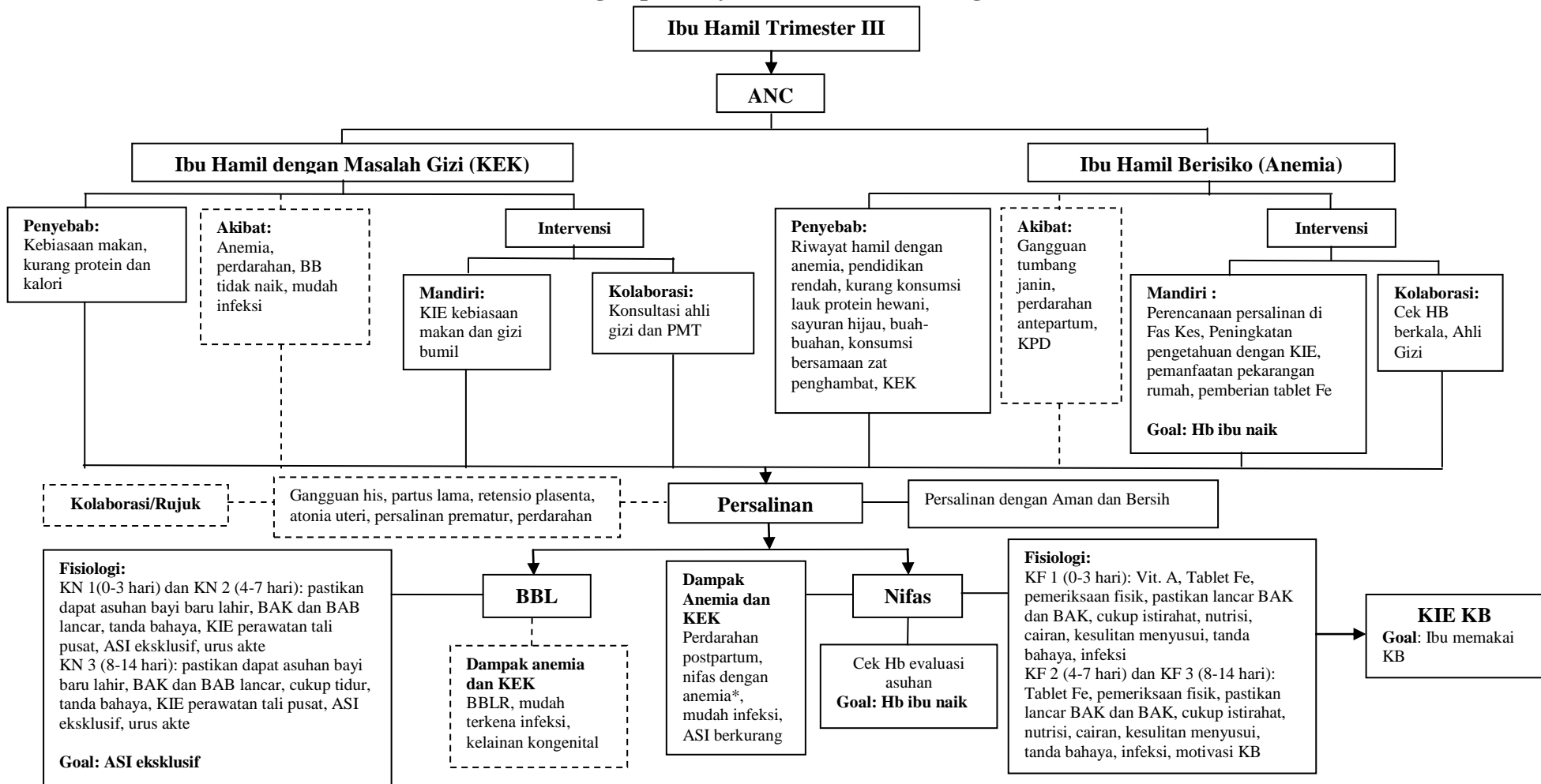
A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan (Kemenkes RI, 2007).

2. Standar Kompetensi Asuhan Kebidanan Kepmenkes No. 369 tahun 2007
 - a. Kompetensi ke 1 : Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
 - b. Kompetensi ke-2 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua
 - c. Kompetensi ke-3 : Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
 - 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 : Bidan memberikan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan system reproduksi.

G. Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. R Usia 30 Tahun dengan Anemia dan KEK



Keterangan:



Tidak berhubungan dengan kasus



Berhubungan dengan kasus

*

Akibat anemia dan KEK yang terjadi

Gambar 2.4. Flowchart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Sumber Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2010 dengan Modifikasi)