

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. E UMUR
33 TAHUN G4P3A0AH2 UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU 5 HARI
DENGAN ANEMIA RINGAN DI PUSKESMAS TEGALREJO

1. Kasus Kehamilan

a. Pengkajian Data Subjektif

Pengkajian data awal dilakukan pada tanggal 31 Januari 2022 pukul 09.00 WIB di Puskesmas Tegalrejo. Dari pengkajian data subjektif yaitu pasien bernama Ny.E usia 33 tahun G4P3A0Ah2 dengan umur kehamilan 36 minggu 5 hari. Pekerjaan Ny.E adalah ibu rumah tangga. Nama suami Ny.E adalah Tn.AF umur 33 tahun. Pekerjaan Tn.AF sebelumnya adalah karyawan toko baju, selama pandemi dirumahkan oleh perusahaan dan saat ini menjadi *driver* ojek online dan sedang merintis usaha warmindo di waktu sore sampai malam hari. Ibu mengatakan ini merupakan kunjungan ulang kehamilan di Puskesmas Tegalrejo, saat ini masih ada keluhan merasa letih, lesu dan kadang terasa berkunang-kunang saat dari posisi duduk ke berdiri. Pada kunjungan sebelumnya 1 bulan yang lalu, ibu mengeluhkan hal yang sama dan kepala terasa pusing kemudian oleh petugas dicek Hb ternyata rendah dan dinyatakan mengalami anemia, pasien sudah mendapatkan pengobatan TTD sehari 2 tablet dan pasien diminta untuk kontrol ulang dalam waktu 1 bulan. Selama kehamilan pasien melakukan pemeriksaan rutin di Puskesmas Tegalrejo sejak usia kehamilan 6 minggu. Ibu mengatakan pertama kali menstruasi pada saat berusia 12 tahun, pada setiap bulannya tidak ada gangguan menstruasi. Ibu mengatakan HPHT pada tanggal 17 Mei 2021 dan HPL pada tanggal 24 Februari 2022.

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang keempat dan tidak pernah mengalami keguguran. Riwayat persalinan Ny.E anak pertama sampai anak ketiga lahir secara normal di Puskesmas Tegalrejo dan RS Bethesda (saat persalinan kedua). Anak pertama sudah meninggal saat umur 6 tahun karena kelaianan jantung. Ibu mengatakan sudah diberikan imunisasi tetanus toksoid (TT) secara lengkap. Ibu mengatakan sebelumnya belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Alasan ibu tidak menggunakan alat kontrasepsi adalah karena takut dengan semua jenis alat kontrasepsi. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi kondom untuk mengatur jarak kehamilannya. Ibu mengatakan baik ibu maupun anggota keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit seperti kanker, hipertensi, diabetes mellitus, TBC dan hepatitis. Ibu mengatakan memiliki riwayat alergi seafood (efeknya adalah gatal dan bentol-bentol).

b. Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 116/84 mmHg, nadi 80 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu 36,6°C. Untuk data antropometri didapatkan dari riwayat buku KIA, yaitu berat badan sebelum hamil adalah 62 kg tinggi badan 150 cm (IMT 27,5 menurut Kemenkes merupakan kategori Obesitas I), berat badan saat ini 68 kg LILA 33 cm. Untuk pemeriksaan fisik dilakukan dengan hasil pada mata (konjungtiva pucat, sklera putih dan simetris), wajah (tidak pucat, simetris dan tidak ada oedema), dan bagian ekstremitas bawah serta atas (tidak ada oedema, kuku tidak pucat, dan tidak ada varises). Pemeriksaan Leopold didapatkan hasil TFU adalah 3 jari dibawah *processus xyfoideus*, punggung kiri presentasi kepala dan belum masuk PAP (kepala konvergen), TFU Mc Donald adalah 32 cm dengan hasil perhitungan TBJ adalah 2945 gram, DJJ 144x/menit. Data penunjang

yang telah dilakukan saat ini adalah Hb 10,1 gr/dL dan proteinuria negatif.

Riwayat hasil pemeriksaan *Triple Eleminasi* (HIV, TPHA dan HbsAg) adalah Non Reaktif, Hb 10,2 dan GDS 102 (28-06-2021). Riwayat Hb 8,8 gr/dL dan proteinuria negatif (30-12-2021). Informasi didapat dari buku KIA pasien.

c. Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu Ny.E usia 33 tahun G4P3Ab0Ah2 umur kehamilan 36 minggu 5 hari dengan anemia ringan dan diagnose potensial adalah mengalami anemia sedang sampai berat, terjadinya BBLR pada janin dan perdarahan saat persalinan. Untuk antisipasi Tindakan segera adalah pemberian TTD sebagai penanganan anemia ringan, pemberian nutrisi tinggi protein dan nutrisi pendukung agar penyerapan TTD optimal. Pasien mengalami masalah kurang informasi mengenai anemia ringan dan efek terhadap kehamilan, persalinan dan janin yang dikandung sehingga kebutuhan pasien adalah pemberian KIE mengenai anemia ringan dan penatalaksanaannya.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sesuai kewenangan bidan dalam Permenkes No.320 tahun 2020 dan UU Kebidanan No.4 tentang Kebidanan. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah meminta persetujuan ibu dan memberitahu maksud serta tujuan yang dilakukan, yaitu bersedia menjadi responden dalam asuhan kebidanan berkesinambungan dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana. Melakukan pemeriksaan dan memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan tersebut, bahwa keadaan ibu dan janin baik, namun terdapat komplikasi dalam kehamilannya yaitu anemia ringan dan riwayat anemia sedang pada pemeriksaan kehamilan 1 bulan yang lalu. Memberikan edukasi kepada pasien efek anemia dalam kehamilan diantaranya bisa mengalami kondisi anemia yang lebih berat,

kemungkinan terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan terjadinya perdarahan saat bersalin.

Melakukan kolaborasi dengan dokter puskesmas dalam penatalaksanaan anemia ringan yaitu pemberian TTD dengan dosis 2x1 tablet dengan merk dagang Hemaform® yang berisi ferrous fumarat 300 mg yang setara dengan 108 mg besi elemental. Memberikan KIE cara mengkonsumsi TTD yang benar dan menghindari minuman yang bisa menghambat penyerapan TTD yaitu kopi, teh, susu maupun makanan tinggi kalsium.

Memberikan suplementasi kalsium 1 x 500 mg dan edukasi konsumsi tablet kalsium tidak bersamaan dengan TTD. Memberikan informasi mengenai efek pemberian TTD terhadap pencernaan yaitu bisa menyebabkan feses lebih keras dan berwarna hitam sehingga penambahan buah dan sayur diperlukan untuk mengurangi efek yang ditimbulkan. Memberikan anjuran untuk mengkonsumsi asupan makanan yang bisa meningkatkan penyerapan zat besi terdiri dari makanan tinggi protein yang bersumber dari protein hewani dan makanan/minuman yang banyak mengandung vitamin C.

Memberikan KIE mengenai ketidaknyaman kehamilan trimester III antara lain sering BAK, punggung terasa pegal, obstipasi dan kadang terasa sesak. Memberikan KIE mengenai persiapan persalinan yang terdiri dari persiapan perlengkapan persalinan, pembiayaan (jaminan/BPJS) sudah disiapkan, persiapan pengetahuan dalam menghadapi tanda persalinan maupun tanda bahaya dalam persalinan dan persiapan diri (kebersihan diri, makan dan minum serta kecukupan istirahat yang harus dipenuhi).

2. Kasus Persalinan

a. Pengkajian Data Subjektif

Pengkajian data subjektif pada Ny.E pada tanggal 10 Februari 2021 jam 18.40 WIB ibu mengatakan datang ke Puskesmas Tegalrejo karena sudah merasakan kenceng-kenceng teratur sejak pukul 13.00. Makan terakhir pukul 14.00, ibu mengatakan semalam bisa istirahat meskipun terbangun karena sering terasa BAK. Pola makan selama kehamilan kurang asupan protein (pendapatan keluarga berkurang karena efek pandemi suami dirumahkan meskipun sudah ada pemasukan dari menjadi *driver* gojek), pasien juga diketahui memiliki alergi seafood (badan bentol dan gatal). Sebelum hamil pasien sering minum teh manis tetapi saat hamil ini dan diketahui mengalami anemia, pasien sudah jarang minum teh lagi.

Kemudian bidan menanyakan hasil Swab PCR Ny.E, tapi jadwal Swab PCR baru akan dijadwalkan hari selasa tanggal 15 Februari 2022 sehingga pasien diinformasikan akan dilakukan pemeriksaan *Rapid Test Antigen* dalam 15 menit hasil akan keluar, jika hasil nya negatif pasien akan diteruskan diperiksa di Ruang Bersalin Puskesmas Tegalrejo dan dilakukan penatalaksanaan persalinaan normal dan jika hasilnya positif maka pasien akan dilakukan pemeriksaan di Ruang IGD khusus untuk pasien terkonfirmasi dan akan dilakukan penatalaksanaan pasien bersalin dengan terkonfirmasi Covid-19 yaitu dilakukan rujukan ke RS. Pasien dan keluarga menyetujui.

b. Pengkajian Data Objektif

Hasil pemeriksaan *Rapid Test Antigen* adalah negatif. Bidan melakukan pemeriksaan dengan hasil pengukuran BB 66kg TD 102/66 N 79 x / mnt R 20 x / mnt S 36 SpO2 99% TFU 34cm preskep divergen penurunan kepala 3/5 His 4x/10/40 DJJ 144 x/mnt dan hasil pemeriksaan dalam v/v tenang dinding vagina licin, servix menipis pembukaan 7 cm selket (+) menonjol, kepala Hodge II-III STLD (+) AK (-).

c. Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu Ny.E usia 33 tahun G4P3Ab0Ah24 umur kehamilan 38 minggu dengan riwayat anemia ringan dalam persalinan kala I fase aktif

d. Penatalaksanaan

Melakukan observasi kemajuan persalinan dan mengajarkan ibu teknik nafas saat ada kontraksi, mempersilahkan ibu untuk ditemani bersalin oleh suami pasien, menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum saat kontraksi hilang.

Pada pukul 19.30 pasien mengeluh ketuban pecah spontan dan seperti ingin BAB. Inspeksi air ketuban warna jernih, ada tanda dorongan dan tekanan pada anus serta perineum menonjol, dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan lengkap kemudian dipimpin persalinan. Pada pukul 19.32 bayi lahir spontan jenis kelamin laki-laki segera menangis A/S 8/9/10, diberikan injeksi oksitosin 10 U IM kemudian melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat dan bayi diposisikan untuk IMD. Melanjutkan manajemen aktif kala III dengan PTT pada pukul 19.40 plasenta lahir spontan kesan lengkap, kontraksi uteri lembek dan dilakukan massase uteri. Tampak masih mengalir darah dari vagina kemudian dilakukan eksplorasi kesan ada sisa selaput dan stolsel darah, melanjutkan massase uteri dan kontraksi uteri masih hilang timbul, memberikan injeksi methergin 1 ampul IM dan melakukan pemasangan infus RL rehidrasi kemudian RL II + oksitosin 10 U (indikasi untuk mengganti volume darah yang keluar dan mencegah perdarahan lebih banyak). Melanjutkan massase uteri, kontraksi mulai keras.

Melakukan pemasangan IUD PP. Melakukan evaluasi laserasi perineum didapatkan laserasi perineum derajat II kemudian dilakukan penjahitan perineum dengan anestesi lidocain 2% (diencerkan 1:1) dengan teknik penjahitan dalam jelujur dan penjahitan luar secara subcutis.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir/Neonatus

a. Neonatal Esensial (bayi baru lahir usia 0-6 jam)

1) Pengkajian Data Subjektif

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2022 pukul 20.00, riwayat bayi lahir spontan pada tanggal 10 Februari pukul 19.32 kondisi saat lahir segera menangis jenis kelamin laki-laki dan sudah selesai IMD.

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif By.E didapatkan hasil KU baik menangis kuat (telah selesai IMD 1 jam) kemudian dilakukan pemeriksaan antropometri dengan hasil BB 3680 gr PB 52 cm LK 33 cm LD 35,5 cm dan LLA 13 cm. Sedangkan hasil pemeriksaan tanda vital adalah S 36,8 °C HR 143 x/mnt SpO2 98% RR 56 x/mnt. Inspeksi tampak tidak ada kelainan kongenital, tampak lubang pada anus (bayi sudah defekasi meco tetapi belum miksi), pemeriksaan kelamin testis sudah turun, uretra normal (tidak tampak hipospadia maupun fimosis).

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu BAHASANPNy

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Bayi By.E adalah penatalaksanaan neonatal esensial yang terdiri dari IMD (sudah dilaksanakan), sudah dilakukan pemeriksaan antropometri dan vital sign, memberikan injeksi vitamin K 1 mg IM di paha kiri lateral atas bayi, dan rencana akan memberikan injeksi Hepatitis B 0 (2 jam setelah pemberian vitamin K). Melakukan bimbingan laktasi, melanjutkan *bonding attachment* ibu dan bayi.

b. Evaluasi Kunjungan Neonatus (KN1) usia bayi > 6 jam – 3 hari (Saat bayi dirawat di Puskesmas Tegalorejo). Data didapatkan dari Rekam Medis pada tanggal 11 Februari 2022 pukul 10.00)

1) Pengkajian Data Subjektif

Bayi tidak ada keluhan, bayi sudah bisa menetek kuat tidak ada muntah dan kembung. Bayi sudah BAB dan BAK.

2) Pengkajian Data Objektif

KU Baik menangis kuat S 36,6 HR 130 x/mnt SpO2 97-98% RR 50 x/mnt.

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu By. Ny.E usia 1 hari normal lahir spontan, cukup bulan, sesuai masa kehamilan.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Bayi By.E adalah perawatan bayi normal, memberikan anjuran untuk tetap memberikan ASI Eksklusif, menganjurkan untuk menjaga kehangatan bayi, menganjurkan untuk perawatan tali pusat dan perawatan pada bayi baru lahir normal. Melaksanakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) pada KN1 (usia 4-7 hari) dengan klasifikasi tidak ada kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi berat, tidak ada ikterus, tidak ada diare dan tidak HIV. Memberikan *informed consent* mengenai pelaksanaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang bertujuan untuk mengetahui sejak awal kondisi bayi baru lahir yang mengalami kelainan berupa hipotiroid kongenital, jika ditemukan kondisi ini bayi masih bisa diobati (waktu pelaksanaan pemeriksaan SHK adalah 24 jam – 72 jam) sehingga harus segera dilaksanakan dan hasilnya akan diberitahu dalam jangka waktu 1 bulan sejak pemeriksaan. Ibu menyetujui untuk dilakukan SHK pada bayinya. Melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). Memberitahu jadwal kontrol ulang yaitu saat bayi usia 6 hari (16-02-2022). Ibu bersedia untuk kontrol

c. Evaluasi Kunjungan Neonatus (KN2) usia bayi 4 - 7 hari. Data didapatkan dari Rekam Medis pada tanggal 16 Februari 2022 pukul 09.00 saat bayi berkunjung kontrol KN2

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan bayi menetek kuat, tidak ada keluhan, tali pusat sudah puput.

2) Pengkajian Data Objektif

KU Baik menangis kuat S 36,6 HR 130 x/mnt SpO2 97-98% RR 50 x/mnt. BB sekarang 3610gram. Bayi tampak kuning di bagian wajah, leher, perut dan lengan atas. Tapi pusat sudah puput bersih pangkal masih sedikit basah, tidak ada tanda infeksi.

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu By. Ny.E bayi baru lahir usia 6 hari dengan observasi ikterik kremer III.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Bayi By.E adalah memberikan informasi kondisi bayi dalam batas normal untuk kondisi kuning bayi termasuk dalam kategori kremer III, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif, jika bayi tidur dibangunkan setiap 2-3 jam sekali, melanjutkan perawatan bayi baru lahir termasuk perawatan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering, memberikan rujukan ke Poli Anak RS Sakinah Idaman untuk dipastikan kondisi kuning nya melalui pemeriksaan lebih lanjut.

Informasi yang didapatkan dari pasien melalui whatsapp mengatakan bahwa bayi sudah dibawa ke RS Sakinah Idaman dan oleh Dokter Anak tidak diberikan terapi maupun pemeriksaan darah, hanya edukasi untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif dan memantau jika kondisi kuning nya semakin merata seluruh tubuh maka harus kembali ke RS.

d. Evaluasi Kunjungan Neonatus (KN3) usia bayi 8 - 28 hari. Data didapatkan dari Rekam Medis pada tanggal 22 Februari 2022 pukul 09.30 saat bayi berkunjung untuk imunisasi BCG dan kontrol KN3

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan bayi akan mengimunisasi BCG untuk bayinya, keluhan tidak ada, bayi masih diberikan ASI Eksklusif

2) Pengkajian Data Objektif

S 36,7

KU Baik bayi tampak sehat BB 3850gram

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif disimpulkan analisa yaitu By.E usia 12 hari normal

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Bayi By.E adalah melakukan persiapan bayi dan lokasi penyuntikan BCG, melakukan penyuntikan BCG secara *intracutan* di lengan atas sebelah kanan, memberikan edukasi reaksi pasca penyuntikan dan reaksi kulit ketika imunisasi BCG berhasil yaitu munculnya bisul yang disertai nanah pada bekas penyuntikan.

4. Asuhan Nifas

a. Kunjungan nifas pertama (KF1) masa nifas > 6 jam – 3 hari (saat masih dirawat di Puskesmas Tegalorejo). Data didapatkan dari Rekam Medis pada tanggal 11 Februari 2022 pukul 08.00.

1) Pengkajian Data Subjektif

Keluhan tidak ada, ibu mengatakan sudah lancar BAK tetapi belum bisa BAB.

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tekanan darah 100/70 mmHg, pernapasan 24 kali/menit, suhu 36,6°C, dan nadi 80 kali/menit. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny.E yaitu wajah

dengan hasil bersih, tidak ada oedema. Pemeriksaan payudara didapatkan hasil simetris, ASI sudah keluar, puting susu tidak lecet, tidak ada pembengkakan pada payudara. Pemeriksaan abdomen dengan hasil tidak terdapat bekas luka operasi, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, jahitan bersih masih basah, tidak ada tanda infeksi. Dilakukan cek ulang Hb hasil 8,4 gr/dL

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah3 nifas 1 hari dengan anemia sedang

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik. Menjelaskan kepada ibu kebutuhan nutrisi ibu nifas yaitu mengkonsumsi makanan yang bergizi dan tinggi protein seperti ikan, daging, telur, ayam, tempe dan tahu serta memperbanyak buah dan sayur untuk mempercepat pemulihan kandungan ibu agar cepat pulih seperti sedia kala saat belum hamil dan memperbanyak produksi ASI. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk menyusui secara eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja sampai dengan bayinya usia 6 bulan tanpa memberi tambahan apapun. Memastikan ibu sudah mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU 2 kapsul setelah melahirkan. Melakukan kolaborasi dengan dokter puskesmas dalam penanganan anemia sedang pada ibu nifas, dokter memberikan advis untuk dosis TTD adalah 2 x sehari. Memberitahukan ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 16 Februari 2022 (kontrol ibu dan bayi).

- b. Kunjungan nifas kedua (KF2) masa nifas 4-7 hari. Data didapatkan dari Rekam Medis pada tanggal 16 Februari 2022 pukul 09.00 saat berkunjung kontrol KF2 bersamaan kontrol KN2.

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran ASI lancar dan jahitan di jalan lahir sudah tidak terasa sakit, bayi sudah puput tali pusat nya semalam.

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah 100/70 mmHg, pernapasan 24 kali/menit, suhu 36,6°C, dan nadi 80 kali/menit. ASI (+) tidak ada pembengkakan ASI, TFU 3 jari di atas symphisi, lochea sanguilenta dan jahitan perineum bersih dan kering.

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah2 nifas 6 hari

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik, memberikan morivasi untuk tetap memberikan ASI Eksklusif dan melakukan perawatan nifas, memberikan KIE tentang nutrisi nifas dan tanda bahaya nifas. Memberitahukan kepada ibu untuk kunjungan ulang kontrol KB IUD pada tanggal 16 Maret 2021.

c. Kunjungan nifas ketiga (KF3) masa nifas 8-28 hari

Kunjungan KF3 dilakukan pada tanggal 22 Februari 2022 pukul 08.00 (bersamaan dengan kunjungan untuk imunisasi BCG bayi, data didapatkan dari Rekam Medis)

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

2) Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*. Tekanan darah 118/70 mmHg, pernapasan 24 kali/menit, Suhu 36,6°C, dan nadi 80 kali/menit. ASI (+) bendungan ASI tidak ada, lochea serosa-alba

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah3 nifas hari 12 hari

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik. Menjelaskan kepada ibu untuk melanjutkan perawatan nifas. Memberikan KIE nutrisi nifas.

d. Kunjungan nifas keempat (KF4) masa nifas 29-42 hari

Kunjungan KF4 dilakukan pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 08.00 (bersamaan dengan kunjungan pasien ke Puskesmas Tegalrejo untuk kontrol IUD, data didapatkan dari Rekam Medis)

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ingin kontrol IUD, ibu mengatakan sudah dipasang IUD saat setelah persalinan pada tanggal 10 Februari 2022, setelah pemasangan IUD tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah tidak mengeluarkan darah nifas dan ibu masih memberikan bayi ASI Eksklusif.

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tekanan darah 122/83 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, suhu 36,9°C, dan nadi 80 kali/menit. ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, inspeksi servix tidak ada erosi, tampak benang IUD.

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah3 nifas 34 hari akseptor KB IUD

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik. Menjelaskan kepada ibu untuk melanjutkan kebutuhan nutrisi ibu nifas yaitu mengkonsumsi makanan yang bergizi dan tinggi protein seperti ikan, daging, telur, ayam, tempe dan tahu serta memperbanyak buah dan sayur untuk mempercepat pemulihan kandungan ibu agar cepat pulih seperti sedia kala saat belum hamil dan memperbanyak produksi ASI. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk menyusui secara eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja sampai dengan bayinya usia 6 bulan tanpa memberi tambahan apapun. Memberikan jadwal untuk kontrol IUD 3 bulan lagi yaitu tanggal 12 Juni 2022.

- e. Kunjungan rumah dilaksanakan pada tanggal 7 April 2022 menggunakan protocol kesehatan (dengan perjanjian bertemu sebelumnya) untuk memastikan kondisi ibu dan bayi sehat.

1) Ibu (Ny.E)

S :keluhan tidak ada, masih memberikan ASI Eksklusif, ibu mengatakan sudah beraktivitas seperti biasa dan sudah tidak ada keluhan

O: KU Baik Compos Mentis TD:120/75 N: 80x/mnt R: 22x/mnt S: 36,5

A: Ny.E usia 33 tahun dengan masa antara

P: - melanjutkan nutrisi yang optimal untuk ASI eksklusif

- Menyarankan ibu untuk evaluasi akhir kondisi anemia adalah dengan pemeriksaan Hb ulang. Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan dan akan memberikan kabar untuk janji temu di Puskesmas Tegalorejo
- Ibu bisa datang ke Puskesmas Tegalorejo pada tanggal 28 April 2022 karena selama ini tidak ada yang bisa mengantar ke Puskesmas (suami masih keliling gojek, pulang sore hari dan jika pasien berangkat sendiri, anak-anak tidak ada yang bisa mejaga).
- Hasil Hb 11,9 gr/dL

- Memberikan apresiasi agar mempertahankan kondisi kesehatan dengan tetap mengonsumsi makanan bergizi dan tinggi protein (selain seafood) agar ASI tetap lancar dan kondisi ibu sehat. Ibu merasa senang dan bersedia untuk mengikuti nasehat yang diberikan

2) Bayi (By.E)

S :keluhan ada benjolan di bekas suntikan dan tampak seperti nanah, benjolan nya ukurannya besar dan ibu merasa khawatir karena anak yang sebelumnya benjolan nya tidak sebesar itu. Bayi masih diberikan ASI Eksklusif.

O: KU Baik S 36,9 (tidak dilakukan pemeriksaan vital sign lainnya)

A: By.E usia 1 bulan 27 hari normal

P: - Melanjutkan ASI eksklusif

- Mengingatkan untuk kontrol imunisasi DPT sesuai jadwal (tanggal 12 April 2022)

5. Asuhan Keluarga Berencana

a. Pemasangan KB IUD PP

1) Pengkajian Data Subjektif

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2022 pukul 20.00, ibu mengatakan sudah sepakat dengan suami agar ibu dipasang KB IUD setelah bersalin. Riwayat perdarahan di luar siklus haid tidak ada, riwayat infeksi menular seksual tidak ada, riwayat keputihan tidak ada

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tekanan darah 112/82 mmHg Nadi 79 kali per menit Pernafasan 20 kali per menit Suhu 36.8 C BB 61 kg TB 149 (IMT 27,47 dengan kategori Obesitas I).

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah3 Akseptor Baru KB IUD PP.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik. Memberikan informed consent pemasangan KB IUD PP. Menjelaskan prosedur pemasangan KB IUD PP. Menjelaskan efek dari pemasangan KB IUD PP, memberikan informasi mengenai kondisi benang IUD, jika teraba di vagina maka ibu perlu untuk memmeriksakan ke puskesmas Tegalrejo karena proses rahim yang mengecil akan mendorong posisi IUD ke bawah termasuk benang IUD yang memungkinkan keluar dari vagina, pasien tidak boleh untuk menarik keluar benang IUD tersebut. Memberikan kartu (K/I/KB/15) kepada ibu dan menganjurkan kepada bu untuk kontrol ulang KB dijadwalkan pada tanggal 16 Maret 2022.

b. Kontrol IUD

Kunjungan KF4 dilakukan pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 08.00 (bersamaan dengan kunjungan pasien ke Puskesmas Tegalrejo untuk kontrol IUD, data didapatkan dari Rekam Medis)

1) Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ingin kontrol IUD, ibu mengatakan sudah dipasang IUD saat setelah persalinan pada tanggal 10 Februari 2022, setelah pemasangan IUD tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah tidak mengeluarkan darah nifas dan ibu masih memberikan bayi ASI Eksklusif.

2) Pengkajian Data Objektif

Pemeriksaan data objektif pada Ny.E didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tekanan darah 122/83 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, suhu 36,9°C, dan nadi 80 kali/menit. ASI

(+) lancar, TFU tidak teraba, inspeksi servix tidak ada erosi, tampak benang IUD.

3) Analisa

Dari hasil pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh disimpulkan analisa yaitu Ny.E umur 33 tahun P4Ab0Ah3 nifas 34 hari akseptor KB IUD

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.E adalah memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaannya baik. Menjelaskan kepada ibu untuk melanjutkan kebutuhan nutrisi ibu nifas yaitu mengkonsumsi makanan yang bergizi dan tinggi protein seperti ikan, daging, telur, ayam, tempe dan tahu serta memperbanyak buah dan sayur untuk mempercepat pemulihan kandungan ibu agar cepat pulih seperti sedia kala saat belum hamil dan memperbanyak produksi ASI. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk menyusui secara eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja sampai dengan bayinya usia 6 bulan tanpa memberi tambahan apapun. Memberikan jadwal untuk kontrol IUD 3 bulan lagi yaitu tanggal 12 Juni 2022.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, dkk., 2012).

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 sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2010).

Menurut Depkes RI (2012), kehamilan adalah suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami menghasilkan janin yang tumbuh di rahim ibu. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung 12 minggu (minggu ke-1 hingga minggu ke-12), trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Perubahan fisiologis pada ibu hamil menurut Prawiroharjo, 2013 yaitu:

1) Uterus

Pada akhir kehamilan trimester III, uterus mengalami pembesaran secara bertahap. Pada minggu ke-38 sampai minggu ke-40 tinggi fundus uteri mengalami penurunan karena janin mulai masuk pintu atas panggul (Bobak, dkk., 2011). Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya

berwarna krem atau putih kekuningan dapat keluar dari puting susu selama trimester ketiga. (Prawirohardjo, 2010).

2) Sistem Endokrin

Sistem endokrin yang esensial terjadi untuk mempertahankan kehamilan dan pertumbuhan normal janin. Sistem endokrin pada masa kehamilan mengalami perubahan terutama pada hormon estrogen dan progesterone serta oksitosin dan prolaktin. Hormon prolaktin dan oksitosin pada saat kehamilan aterm sampai masa menyusui akan meningkat sedangkan kelenjar adrenalin pada kehamilan normal akan mengecil. Hormon prolaktin dan oksitosin berfungsi sebagai perangsang produksi ASI (Saifuddin, 2012).

3) Sistem Muskuluskletal

Semakin membesarnya uterus pada trimester III menyebabkan perubahan tulang belakang sehingga terjadi lordosis. Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior mengakibatkan lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Otot dinding perut meregang menyebabkan tonus otot berkurang. Otot rektus abdominus memisah pada kehamilan trimester III mengakibatkan isi perut menonjol di garis tengah tubuh umbilikalis menjadi lebih datar atau menonjol. Tonus otot secara bertahap kembali tetapi pemisahan otot rekti abdominalis tetap setelah melahirkan (Bobak, dkk., 2011).

4) Sistem Pencernaan

Pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit melambat dan air banyak diserap sehingga menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran usus akibat desakan dari uterus yang makin besar (Prawirohardjo, 2010). Nafsu makan mengalami peningkatan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan janin pada trimester ketiga. Rahim yang semakin membesar dan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga

terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron (Bobak, dkk., 2011).

5) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat (Wiknjosastro, 2010). Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri. Ibu hamil pada trimester III mengalami keluhan sering kencing yang disebabkan oleh tertekannya kandung kencing oleh bagian terbawah janin (Prawirohardjo, 2010).

6) Sistem Kardiovaskuler

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Puncak hemodilusi terjadi pada 32 minggu (Manuaba, dkk, 2010). Nilai hemoglobin (Hb) pada usia kehamilan trimester III ada pada kisaran ≥ 11 g%. Hemodilusi terjadi untuk membantu meringankan kerja jantung. Hemodilusi terjadi sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya pada kehamilan 32- 36 minggu (Saifuddin, 2012).

7) Sistem Pernafasan

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai

puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2012).

8) Sistem Metabolisme

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 (Wiknjosastro, 2010). Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat 10 badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2012).

Tabel 1. 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	5-9

Sumber: Prawirohardjo (2010)

c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada karena pada masa ini ibu sering tidak sabar menunggu kelahiran bayinya, ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu- waktu, dan khawatir bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda yang dianggapnya membahayakan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester III dan banyak ibu merasa aneh dan jelek. Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil

Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti rupa bayinya (Asrinah, dkk, 2010).

d. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Ketidaknyamanan selama kehamilan trimester III dan cara mengatasinya, menurut Saifuddin (2012), yaitu:

1) Sesak nafas

Kondisi ini terjadi akibat uterus yang membesar dan menyebabkan tertekannya diafragma. Cara mengatasinya yaitu dengan latihan pernafasan, sikap tubuh yang benar, makan tidak terlalu kenyang, porsi kecil tapi sering dan tinggikan bagian kepala tempat tidur.

2) Sakit pinggang

Kondisi ini disebabkan oleh pembesaran uterus yang menyebabkan pusat gravitasi bergeser kearah depan dan perubahan tulang punggung dan dapat diatasi dengan senam hamil dan jalan- jalan.

3) Sering BAK

Pada kehamilan trimester ketiga, sering kencing disebabkan oleh tertekannya kandung kemih oleh bagian terendah janin. Mengatasinya dengan batasi minum sebelum tidur, perbanyak minum di siang hari tanpa mengurangi kebutuhan minum minimal 8 gelas per hari, dan anjurkan ibu untuk melakukan senam kegel.

4) Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki terjadi akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah, hal ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar. Bengkak pada kaki dapat diatasi dengan minum yang cukup dan kaki ditinggikan jika istirahat.

5) Konstipasi

Penurunan peristaltik usus yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone menyebabkan konstipasi. Keluhan ini dapat diatasi

dengan cara perbanyak mengkonsumsi sayuran, buah-buahan berserat, banyak minum, berolahraga dengan teratur, dan tidak menahan keinginan buang air besar serta minum satu gelas air hangat saat bangun tidur.

e. Kebutuhan Dasar Kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2014), kebutuhan dasar selama kehamilan yaitu:

1) Nutrisi yang adekuat

Kebutuhan nutrisi, menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) seorang ibu hamil trimester III dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan energi sebesar 300- 500 kalori, protein sebesar 17 gram, kalsium 150 mg, zat besi sebesar 13 mg, zink 9 mg dan Vitamin C 10 mg. Kebutuhan kalori harian ibu hamil adalah sebesar 2500 kalori.

2) Istirahat atau tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat yang cukup yaitu tidur malam enam sampai tujuh jam dan tidur siang satu sampai dua jam.

3) Kebersihan dan pakaian

Ibu hamil sebaiknya mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal dua kali sehari. Rutin melakukan perawatan vagina dan perineum dengan cara cebok dari arah depan ke belakang. Usahakan ibu hamil menggunakan pakaian yang longgar, bersih, nyaman, hindari menggunakan sepatu high heel, dan tidak menggunakan korset penahan perut.

4) Seksual

Hubungan seksual selama trimester III dilakukan dengan hati-hati karena dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi partus prematur, fetal bradycardia pada janin sehingga dapat menyebabkan fetal distress tetapi buka berarti dilarang. Posisi miring dapat mengurangi energi dan tekanan perut yang membesar terutama pada kehamilan trimester III

5) Kelas ibu hamil

Kegiatan kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil dalam bentuk tatap muka yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir, melalui praktik dengan menggunakan buku KIA. Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan 3 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan hasil kesepakatan fasilitator dengan peserta. Materi kelas ibu hamil disampaikan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil tetapi tetap mengutamakan materi pokok. Senam ibu hamil dilakukan setiap akhir pertemuan, bagi ibu hamil yang mempunyai usia kehamilan > 20 minggu. Peserta kelas ibu hamil maksimal 10 orang. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu-ibu, bisa dilakukan pada pagi atau sore hari dengan lama waktu pertemuan 120 menit termasuk senam hamil 15- 20 menit.

6) Imunisasi

Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) diberikan pada ibu hamil untuk melindungi ibu dan janin yang akan dilahirkan, mencegah terjadinya penyakit tetanus.

f. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu perdarahan, bengkak di kaki, tangan, dan wajah yang disertai sakit kepala hebat, kadang disertai dengan hipertensi serta terdapat protein urine merupakan tanda dan gejala pre-eklampsia, demam tinggi, keluar air ketuban dan gerakan janin menurun. Kematian ibu 12 sebagian besar terjadi selama kehamilan sehingga sangatlah penting untuk mengenal tanda-tanda bahaya kehamilan (Kemenkes RI, 2016).

g. Standar Pelayanan Antenatal

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010). Standar pelayanan antenatal menurut Standar Pelayanan Kebidanan adalah:

1) Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

2) Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin untuk menilai apakah perkembangan normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, segera melakukan tindakan selanjutnya.

3) Standar 5: Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan; serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4) Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan.

5) Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda-tanda serta gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang sesuai.

6) Standar 8: Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini. Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertamakali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan.

h. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Menurut Kemenkes (2014), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang- kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua, kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 18 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin

perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10T:

1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Tinggi badan diperiksa satu kali kunjungan untuk mendeteksi adanya risiko panggul sempit apabila hasil pengukuran kurang dari 145 cm (Saifuddin, 2010). Timbang berat badan dilakukan setiap kali kunjungan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Metode yang baik untuk mengkaji peningkatan berat badan normal untuk ibu hamil ialah memakai hubungan antar berat badan sebelum hamil terhadap tinggi atau memakai Body Mass Index (BMI) (Bobak, dkk., 2011). Kenaikan berat badan rata-rata pada ibu hamil adalah 8-12 kg (Saifuddin, 2010).

2) Pengukuran tekanan darah

Mengukur tekanan darah dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeclampsia. Tekanan darah normal sistolik yaitu kurang dari atau sama dengan 120 mmHg dan tekanan darah normal diastolik adalah kurang dari atau sama dengan 80 mmHg (Depkes RI, 2014). Pemeriksaan nadi berkisar 76 sampai 80 kali permenit, pemeriksaan suhu berkisar 36^0C sampai $36,4^0\text{C}$, dan respirasi berkisar 16 sampai 20 kali permenit. Kondisi ini masih dalam batas normal (Bobak, dkk., 2011).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA dilakukan saat kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK) apabila LILA kurang dari 23,5 cm (Saifuddin, 2010).

4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur

kehamilan. Pengukuran tinggi fundus uteri menggunakan pita ukur yaitu pada usia kehamilan 22 minggu. Pada minggu ke-38 sampai ke-40, tinggi fundus turun karena janin mulai masuk pintu atas panggul (Bobak, dkk., 2011).

- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi

Imunisasi TT bertujuan untuk mendapatkan perlindungan untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan (Kemenkes RI, 2012). Ibu hamil atau Wanita Usia Subur (WUS) yang lahir pada Tahun 1984-1997 dengan pendidikan minimal sekolah dasar telah memperoleh program Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) pada kelas satu SD dan kelas enam SD. WUS yang lahir setelah Tahun 1997 yang mempunyai KMS balita dan kartu TT di SD, telah memperoleh imunisasi TT sampai TT V. WUS yang tidak mempunyai KMS balita dan kartu TT di SD memiliki status TT II dan bagi yang tidak mempunyai KMS balita namun mempunyai kartu TT di SD memiliki status TT sampai TT III (Kemenkes RI, 2012).

- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Kebutuhan zat besi pada ibu hamil yaitu 30 mg perhari. Pemberian tablet besi selama kehamilan adalah minimal 90 tablet. Pemberian tablet besi bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia atau defisiensi besi. Anemia dapat menyebabkan penurunan oksigen ke janin, mengakibatkan Intrauterine Growth Retardation (IUGR), dan pada ibu menyebabkan peningkatan gangguan jantung dan komplikasi lain selama melahirkan (Saifuddin, 2010).

- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin

DJJ diperiksa pada setiap kunjungan rutin sejak pertama kali terdengar (12 minggu dengan Doppler, 18 sampai 20 minggu dengan Fetoskop). DJJ normal yaitu 120 sampai 160 kali permenit. Menentukan presentasi janin dilakukan mulai usia kehamilan 36

minggu. Pada usia di atas 36 minggu posisi janin dapat berubah-ubah. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak janin, panggul sempit atau ada masalah lain (Saifuddin, 2010).

8) Pelaksanaan temu wicara atau konseling

Temu wicara merupakan suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong ibu hamil dengan tujuan untuk memecahkan permasalahan yang berkaitan dengan kehamilannya, pemahaman diri tentang permasalahan yang sedang dihadapi dan penyusunan rencana pemecahan masalah yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki (Saifuddin, 2010).

9) Pelayanan tes laboratorium

Menurut KemenKes RI (2016) pemeriksaan laboratorium yang dilakukan saat hamil diantaranya:

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
- 2) Tes hemoglobin, untuk mengetahui ibu hamil yang menderita anemia. Kadar hemoglobin normal pada ibu hamil yaitu 11 gram/dl pada trimester I dan III dan 10,5 gram/dl pada trimester II
- 3) Tes urine, tes urine meliputi pemeriksaan protein dan reduksi dalam urine. Pemeriksaan protein urine bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine yang merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia. Pemeriksaan reduksi urine bertujuan untuk mendeteksi ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus.
- 4) Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti tes HIV, HbsAg dan sifilis. Pemeriksaan malaria sementara hanya dilakukan di daerah endemis.

10) Tatalaksana kasus.

Komplikasi atau penyulit yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

i. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Depkes RI (2010) dan Poeji Rochjati (2011) sebagai berikut:

a) Hamil lebih dari 35 tahun

Usia ibu hamil saat hamil > 35 tahun merupakan salah satu faktor resiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu, usia ibu hamil >42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi premature, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta. (Aghamohammadi dan Noortarijor, 2011). Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2010)

b) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur. Anemia juga lebih sering terjadi jika interval antarkehamilan kurang dari satu tahun. Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu (Kemenkes RI, 2013).

c) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel

darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin (Saifuddin, 2010).

2. Anemia dalam Kehamilan

a. Pengertian

Anemia adalah suatu kondisi tubuh dimana jumlah dan ukuran sel darah merah atau kadar Hemoglobin (Hb) lebih rendah dari normal, yang akan mengakibatkan terganggunya distribusi oksigen oleh darah ke seluruh tubuh. Anemia sebagai indikator rendahnya kualitas kesehatan dan gizi.¹

Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai Haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester dua, perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi, terutama pada trimester II.¹⁴

Faktor utama penyebab anemia adalah asupan zat besi yang kurang. Anemia defisiensi besi adalah suatu keadaan yang ditandai oleh penurunan kadar erithrosit atau penurunan kadar hematokrit atau penurunan kadar hemoglobin yang diakibatkan oleh kekurangan besi yang merupakan bahan utama pembentuk hemoglobin. Faktor lain yang berpengaruh terhadap kejadian anemia antara lain gaya hidup seperti merokok, minum minuman keras, kebiasaan sarapan pagi, keadaan ekonomi dan demografi, pendidikan, umur, jenis kelamin, dan wilayah.¹⁵

b. Faktor yang Mempengaruhi Anemia Ibu Hamil

1) Faktor Dasar

a) Sosial dan Ekonomi

Kondisi lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi ekonomi di suatu daerah dan menentukan pola konsumsi pangan dan gizi yang dilakukan oleh masyarakat. Misalnya, kondisi sosial di pedesaan dan perkotaan memiliki pola konsumsi pangan dan gizi yang

berbeda. Kondisi ekonomi seseorang sangat menentukan dalam penyediaan pangan dan kualitas gizi. Apabila tingkat perekonomian seseorang baik maka status gizinya akan baik dan sebaliknya (Irianto, 2014)

b) Pengetahuan

Ibu hamil yang memiliki pengetahuan kurang baik berisiko mengalami defisiensi zat besi sehingga tingkat pengetahuan yang kurang tentang defisiensi zat besi akan berpengaruh pada ibu hamil dalam perilaku kesehatan dan berakibat pada kurangnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi dikarenakan ketidaktahuannya dan dapat berakibat anemia (Wati, 2016)

c) Pendidikan

Pendidikan yang baik akan mempermudah untuk mengadopsi pengetahuan tentang kesehatannya. Rendahnya tingkat pendidikan ibu hamil dapat menyebabkan keterbatasan dalam upaya menangani masalah gizi dan kesehatan keluarga. (Nurhidayati, 2013)

5) Budaya

Pantangan pada makanan tertentu, sehubungan dengan pangan yang biasanya dipandang pantas untuk dimakan, dijumpai banyak pola pantangan. Tahayul dan larangan yang beragam yang didasarkan kepada kebudayaan dan daerah yang berlainan di dunia, misalnya pada ibu hamil, ada sebagian masyarakat yang masih percaya ibu hamil tidak boleh makan ikan (Ariyani, 2016)

2) Faktor Tidak Langsung

1) Frekuensi Antenatal

Pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil oleh petugas kesehatan dalam memelihara kehamilannya. Hal ini bertujuan untuk dapat mengidentifikasi dan mengetahui masalah yang timbul selama masa kehamilan sehingga kesehatan ibu dan bayi yang dikandung akan sehat sampai persalinan. Pelayanan Antenatal Care (ANC)

dapat dipantau dengan kunjungan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya. Standar pelayanan kunjungan ibu hamil paling sedikit 4 kali dengan distribusi 1 kali pada triwulan pertama (K1), 1 kali pada triwulan kedua dan 2 kali pada triwulan ketiga (K4). Kegiatan yang ada di pelayanan Antenatal Care (ANC) untuk ibu hamil yaitu petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang informasi kehamilan seperti informasi gizi selama hamil dan ibu diberi tablet tambah darah secara gratis serta diberikan informasi tablet tambah darah tersebut yang dapat memperkecil terjadinya anemia selama hamil (Depkes RI, 2012).

2) Paritas

Paritas ibu merupakan frekuensi ibu pernah melahirkan anak hidup atau mati, tetapi bukan aborsi (Nurhidayati, 2013). Semakin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan maka semakin banyak kehilangan zat besi dan semakin menjadi anemia (Fatkhayah, 2018)

3) Umur Ibu

Umur ibu yang ideal dalam kehamilan yaitu pada kelompok umur 20-35 tahun dan pada umur tersebut kurang beresiko komplikasi kehamilan serta memiliki reproduksi yang sehat. Hal ini terkait dengan kondisi biologis dan psikologis dari ibu hamil. Sebaliknya pada kelompok umur < 20 tahun beresiko anemia sebab pada kelompok umur tersebut perkembangan biologis yaitu reproduksi belum optimal. Selain itu, kehamilan pada kelompok usia diatas 35 tahun merupakan kehamilan yang beresiko tinggi. Wanita hamil dengan umur diatas 35 tahun juga akan rentan anemia. Hal ini menyebabkan daya tahan tubuh mulai menurun dan mudah terkena berbagai infeksi selama masa kehamilan (Fatkhayah, 2018).

4) Dukungan Suami

Dukungan informasi dan emosional merupakan peran penting suami, dukungan informasi yaitu membantu individu menemukan

alternative yang ada bagi penyelesaian masalah, misalnya menghadapi masalah ketika istri menemui kesulitan selama hamil, suami dapat memberikan informasi berupa saran, petunjuk, pemberian nasihat, mencari informasi lain yang bersumber dari media cetak/elektronik, dan juga tenaga kesehatan; bidan dan dokter. Dukungan emosional adalah kepedulian dan empati yang diberikan oleh orang lain atau suami yang dapat meyakinkan ibu hamil bahwa dirinya diperhatikan (Anjarwati, 2016).

3) Faktor Langsung

1) Pola Konsumsi

Pola konsumsi adalah cara seseorang atau kelompok orang dalam memilih makanan dan memakannya sebagai tanggapan terhadap pengaruh fisiologi, psikologi budaya dan sosial (Waryana, 2010). Kejadian anemia sering dihubungkan dengan pola konsumsi yang rendah kandungan zat besinya serta makanan yang dapat memperlancar dan menghambat absorpsi zat besi (Bulkis, 2013).

2) Infeksi

Beberapa infeksi penyakit memperbesar risiko anemia. Infeksi itu umumnya adalah TBC, cacingan dan malaria, karena menyebabkan terjadinya peningkatan penghancuran sel darah merah dan terganggunya eritrosit. Cacingan jarang sekali menyebabkan kematian secara langsung, namun sangat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya. Infeksi cacing akan menyebabkan malnutrisi dan dapat mengakibatkan anemia defisiensi besi. Infeksi malaria dapat menyebabkan anemia (Nurhidayati, 2013).

3) Pendarahan

Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan pendarahan akut bahkan keduanya saling berinteraksi. Pendarahan menyebabkan banyak unsur besi yang hilang sehingga dapat berakibat pada anemia (Bulkis, 2013).

b. Macam-macam Anemia

1) Anemia defisiensi besi

Anemia gizi besi (AGB) adalah anemia yang timbul karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain di dalam tubuh terganggu (Adriani, 2012). Defisiensi zat besi terjadi saat jumlah zat besi yang diabsorpsi tidak dapat mencukupi kebutuhan tubuh. Secara umum, ada tiga penyebab AGB yaitu kekurangan intake zat besi dari makanan (ikan, daging, hati, dan sayuran hijau tua), meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi yaitu pada masa pertumbuhan dan kehamilan, asupan pada penderita penyakit menahun, serta meningkatnya pengeluaran zat besi dari tubuh karena perdarahan, cacingan, dan menstruasi (Proverawati, 2010).

2) Anemia defisiensi asam folat (Megaloblastik)

Asam folat merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya berlipat dua ketika kehamilan. Kekurangan asam folat mengakibatkan peningkatan kepekaan, lelah berat, dan gangguan tidur. Kekurangan asam folat yang besar mengakibatkan anemia megaloblastik atau megalositik karena asam folat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Gejala anemia megaloblastik adalah diare, depresi, lelah berat, ngantuk berat, pucat, dan perlambatan frekuensi nadi (Arisman, 2010).

3) Anemia defisiensi B12 (Perniciosa)

Anemia dengan disertai dengan rasa letih yang parah merupakan akibat dari defisiensi B12. Vitamin ini sangat penting dalam pembentukan RBC (sel darah merah). Anemia perniciososa biasanya tidak disebabkan oleh kekurangan vitamin B12 dalam makanan, melainkan ketidaksediaan faktor intrinsik yaitu sekresi gaster yang diperlukan untuk penyerapan vitamin B12. Gejala anemia ini yaitu

rasa letih dan lemah yang hebat, diare, depresi, mengantuk mudah tersinggung dan pucat (Arisman, 2010).

c. Patogenesis

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan, antara lain adalah oleh karena peningkatan oksigen, perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta dan janin, serta kebutuhan suplai darah untuk pembesaran uterus, sehingga terjadi peningkatan volume darah yaitu peningkatan volume plasma dan sel darah merah. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin akibat hemodilusi. Volume plasma meningkat 45-65% dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 yaitu meningkat sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm, serta kembali normal tiga bulan setelah partus.¹⁶

Penurunan hematokrit, konsentrasi hemoglobin, dan hitung eritrosit biasanya tampak pada minggu ke-7 sampai ke-8 kehamilan, dan terus menurun sampai minggu ke-16 sampai ke-22 ketika titik keseimbangan tercapai. Sebab itu, apabila ekspansi volume plasma yang terus-menerus tidak diimbangi dengan peningkatan produksi eritropoetin sehingga menurunkan kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit di bawah batas “normal”, timbulah anemia.¹⁷

Penyerapan besi oleh tubuh terjadi terutama di mukosa usus duodenum sampai pertengahan jejunum. Penyerapan besi akan meningkat pada keadaan asam, defisiensi besi dan kehamilan sedangkan penyerapan akan menurun pada keadaan basa, infeksi, adanya bahan makanan yang mengandung *phytat* dan kelebihan zat besi. Penyerapan besi tergantung pada mukosa intestinum, kebutuhan tubuh, diet, bioavailabilitas dan kecepatan produksi erithrosit. Rata-rata 5-15% pada orang dewasa. Laki- laki < wanita yaitu 6% disbanding 13%.¹⁵

Zat besi bersama dengan protein (globin) dan protoporphirin mempunyai peranan yang penting dalam pembentukan hemoglobin.

Selain itu besi juga terdapat dalam beberapa enzim yang berperan dalam metabolisme oksidatif, sintesis DNA, neurotransmitter, dan proses katabolisme. Berdasarkan bentuk ikatan dan fungsinya zat besi di dalam tubuh terbagi atas 2 macam, yaitu:¹⁵

- 1) Zat besi yang membentuk ikatan heme dengan protein (*heme-protein*) adalah sekitar 10% berasal dari makanan. Zat besi ini dapat langsung diserap tanpa memperhatikan cadangan besi dalam tubuh, asam lambung ataupun zat yang dikonsumsi. Besi heme berasal dari sumber hewani yang mempunyai tingkat absorpsi dan bioavailabilitasnya tinggi. Sebelum diabsorpsi besi heme harus dihidrolisis dari bagian globin dari hemoglobin atau mioglobin.
- 2) Cadangan dan transport zat besi (*non heme iron*) ada sekitar 90% berasal dari makanan, yaitu dalam bentuk senyawa besi inorganik feri (Fe^{3+}), agar diserap dalam usus besinya harus diubah dulu menjadi bentuk fero (Fe^{2+}), contoh *non heme iron* adalah hemosiderin dan ferritin. Besi non-heme berasal dari sumber nabati dimana tingkat absorpsi dan bioavailabilitasnya rendah.¹⁸

Status zat besi di dalam tubuh manusia tergantung pada penyerapan zat besi tersebut. Seseorang dengan konsumsi asupan besi heme diketahui mempunyai tingkat status besi yang baik atau kadar serum ferritin yang normal dalam tubuh dibandingkan dengan asupan besi non heme. Hal ini terkait dengan efisiensi penyerapan besi heme yang lebih besar dibandingkan dengan besi non heme sehingga memungkinkan transporter besi heme untuk melewati membran sel secara langsung dan ke dalam aliran darah. Sedangkan besi non heme dalam mekanismenya harus melalui perubahan Fe^{3+} menjadi bentuk Fe^{2+} terlebih dahulu.¹⁹

Konsumsi asupan zat besi *non heme* sangat dipengaruhi oleh inhibitor antara lain kafein, tanin, oksalat, fitat, yang terdapat dalam produk kacang-kacangan, teh, dan kopi. Sehingga seseorang dengan asupan besi non heme cenderung memiliki status besi yang kurang baik atau kadar ferritin yang lebih rendah. Salah satu kandungan dalam

vitamin yang sangat membantu penyerapan besi non-heme adalah vitamin C. Kandungan vitamin C ini dapat mereduksi besi ferri menjadi ferro dalam usus halus sehingga mudah diabsorpsi dengan menghambat pembentukan hemosiderin yang sukar dimobilisasi untuk membebaskan besi bila diperlukan. Absorpsi besi dalam bentuk non-heme meningkat empat kali lipat bila ada vitamin C. Akibatnya, risiko terjadinya defisiensi zat besi dapat dihindari.¹⁹

- d. Faktor yang mempengaruhi pengambilan Fe oleh *intestine* adalah:
- 1) Meningkatkan pengambilan Fe: Vitamin C, protein makanan (Daging, ikan dan unggas), Kondisi kebutuhan meningkat (hamil, pertumbuhan, defisiensi), Gula fructose, Asam sitrat, lisin, sistein, metionin.
 - 2) Menghambat penyerapan Fe: Fitat/oksalat, *antacid*, *tannin* atau *polyphenol* lain, kalsium dan fosfor dan motilitas usus meningkat. Faktor yang menghambat penyerapan Fe ini sudah pernah diteliti sejak tahun 1975 oleh Disler, *et al* yang menyimpulkan bahwa . Penelitian Indriasari (2015) menyimpulkan bahwa ada hubungan asupan penghambat zat besi (tanin/konsumsi teh dan fitat) dengan status Hb remaja putri di SMAN 10 Makassar tahun 2014.²⁰ Sedangkan dalam studi lain yang dilakukan oleh Machmud (2019) menyampaikan temuan yang lebih spesifik yaitu kadar tanin ibu hamil yang mengkonsumsi teh selama hamil berbanding terbalik dengan kadar feritin serum yang artinya semakin tinggi kadar tannin (semakin banyak konsumsi teh selama kehamilan) maka akan semakin menurunkan kadar ferritin serum pada ibu hamil tersebut, dimana kadar ferritin serum adalah salah satu indikator anemia.²¹
- e. Proses terjadinya anemia defisiensi besi melalui 3 tahap yaitu:¹⁷
- 1) Stadium I: deplesi cadangan besi yang ditandai dengan penurunan *serum ferritin* ($<10\text{-}12\mu\text{g/L}$) sedangkan pemeriksaan Hb dan zat besi masih normal.

- 2) Stadium II: defisiensi besi tanpa anemia terjadi bila cadangan besi sudah habis maka kadar besi didalam serum akan menurun dan kadar hemoglobin masih normal. Pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan *serum iron* (SI) dan saturasi transferrin, sedangkan *total iron binding capacity* (TIBC) meningkat.
- 3) Stadium III: anemia defisiensi besi ditandai dengan penurunan kadar Hb, MCH, MCV, MCHC pada keadaan berat, Ht dan peningkatan kadar *free erythrocyte protoporphyrin* (FEP). Gambaran darah tepi didapatkan mikrositosis dan hipokromik

f. Klasifikasi Anemia

Anemia banyak diklasifikasikan dengan ringan, sedang, berat. Namun standar nilai Hb untuk tiap populasi/tempat tidak dapat disamakan. Secara khusus WHO mengklasifikasikan anemia, sebagai berikut:

Tabel 2. Klasifikasi Anemia

Populasi	Non Anemia (gr/dl)	Anemia (gr/dl)		
		Ringan	Sedang	Berat
Anak 6-59 bulan	11	10,0-10,9	7,0-9,9	< 7,0
Anak 5-11 tahun	11,5	11,0-11,4	8,0-10,9	< 8,0
Anak 12-14 tahun	12	11,0-11,9	8,0-10,9	< 8,0
Perempuan tidak hamil ($\geq$ 15 tahun)	12	11,0-11,9	8,0-10,9	< 8,0
Ibu hamil	11	10,0-10,9	7,0-9,9	< 7,0
Laki-laki ($\geq$ 15 tahun)	13	11,0-12,9	8,0-10,9	< 8,0

Sumber: WHO (2013)

g. Tanda dan Gejala Anemia Pada Ibu Hamil

Gejala utama adalah fatigue, nadi teras cepat, gejala dan tanda keadaanhiperdinamik(denyut nadi kuat, jantung berdebar, dan *roaring in the ears*). Pada anemia yang lebih berat, dapat timbul letargi, konfusi, dan komplikasi yang mengancam jiwa (gagal jantung, angina, aritmia dan/ atau infark miokard).¹⁷

- 1) Letih dan sering mengantuk
- 2) Pusing, lemah

- 3) Sering sakit kepala
 - 4) Kulit dan membran mukosa mucat (konjuntiva, lidah)
 - 5) Bantalan kuku pucat
 - 6) Tidak ada nafsu makan, kadang mual dan muntah
- h. Deteksi Anemia dalam Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul serta diperlukan metode pemeriksaan yang akurat dan kriteria diagnosis yang tegas. Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga mendenging. Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjunktiva dan jaringan di bawah kuku. Penegakkan diagnosa anemia dapat dilakukan dengan memeriksa kadar hemoglobin dengan menggunakan alat sederhana seperti Hb Sahli. Rekomendasi WHO terkait penilaian anemia pada ibu hamil adalah dengan tes hitung darah lengkap adalah metode yang direkomendasikan untuk mendiagnosis anemia pada kehamilan. Dalam pengaturan di mana tes hitung darah lengkap tidak tersedia, pengujian hemoglobin di tempat dengan hemoglobinometer direkomendasikan daripada penggunaan skala warna hemoglobin sebagai metode untuk mendiagnosis anemia pada kehamilan.²²

- i. Penatalaksanaan Anemia pada Kehamilan

Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah. Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan suplementasi besi dan asam folat. UNICEF merekomendasikan suplemen zat besi yang sudah diformulasikan dengan asam folat (60 mg iron + 400µ folic acid). Asam folat diperlukan dalam pembentukan sel darah merah.

Tablet yang saat ini banyak tersedia di Puskesmas adalah tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250µg asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet

sampai 42 hari pascasalin. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat, rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab anemia.⁷

Berikut ini adalah tabel jumlah kandungan besi elemental yang terkandung dalam berbagai jenis sediaan suplemen besi yang beredar

Tabel 3. Kandungan Besi Elementel pada Suplemen Besi		
Jenis Sediaan	Dosis sediaan (mg)	Kandungan besi elemental (mg)
Sulfas ferrous	325	65
Fero fumarate	325	107
Fero gluconat	325	39
Besi polisakarida	150	150

Sumber: Patimah (2016)

Penatalaksanaan anemia defisiensi besi berfokus pada untuk meningkatkan zat besi dan juga meningkatkan kadar Hb agar bisa kembali pada kadar normal sehingga dapat kembali menyuplai oksigen ke jaringan-jaringan tubuh. Pada wanita hamil, pengobatan tidak hanya untuk meningkatkan zat besi dan kadar Hb, tetapi tujuan akhirnya adalah untuk mendapatkan hasil kelahiran ibu dan bayi yang baik, yaitu persalinan premature, ibu tidak gagal jantung, perdarahan pasca salin dan bahkan kematian, sedangkan efek pada bayi adalah terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), asfiksia berat dan APGAR score rendah.¹⁴

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yunadi (2019) yang menyebutkan bahwa terbukti ada pengaruh signifikan antara anemia dengan kejadian perdarahan pasca persalinan dengan OR= 6,00 ($p = 0,00 < \alpha = 0,05$).²³ Sedangkan menurut Lestari (2021) dalam studinya mengenai efek anemia menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan anemia dengan kejadian Berat Badan lahir rendah (BBLR) di Rumah Sakit Dustira Kota Cimahi.²⁴

j. Diagnosis anemia defisiensi ditegakkan berdasarkan

1) Anamnesis untuk mencari faktor predisposisi dan etiologi, antara lain: bayi berat lahir rendah (BBLR), bayi kurang bulan, bayi yang baru

lahir dari ibu anemia, bayi yang mendapat susu sapi sebelum usia 1 tahun, dan lain-lain sebagainya.

- 2) Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya gejala pucat menahun tanpa disertai adanya organomegali, seperti *hepatomegaly* dan *splenomegaly*.
- 3) Pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan darah rutin seperti Hb, PCV (*Packed Cell Volume*), leukosit, trombosit ditambah pemeriksaan indeks eritrosit, retikulosit, saturasi morfologi darah tepi dan pemeriksaan status besi (Fe serum, TIBC, transferrin, *Free Erythrocyte Protoporphyrin* (FEP), ferritin). Pada ADB nilai indeks eritrosit MCV, MCH akan menurun, MCHC akan menurun pada keadaan berat, dan RDW akan meningkat. Gambaran morfologi darah tepi ditemukan keadaan hipokrom, mikrositik, anisositik hipokrom biasanya terjadi pada ADB, infeksi kronis dan thalassemia. Menentukan adanya anemia dengan memeriksa kadar hemoglobin (Hb) dan atau *Packed Cell Volume* (PCV) merupakan hal pertama yang penting untuk memutuskan pemeriksaan lebih lanjut dalam menegakkan diagnosis ADB. Pada ADB nilai indeks eritrosit MCV, MCH menurun, sedangkan MCHC akan menurun pada keadaan berat. Gambaran morfologi darah tepi ditemukan keadaan hipokrom, mikrositik, anisositosis dan poikilositosis.

k. Penatalaksanaan anemia kehamilan

Salah satu kebijakan pencegahan anemia dalam Permenkes No. 97 Tahun 2014 pasal 9 yaitu pemberian tablet tambah darah (TTD) kepada wanita usia subur dan ibu hamil.²⁵ Sedangkan untuk spesifikasi tablet tambah darah, pemerintah menjelaskan yaitu TTD yang mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan asam folat 0,4 mg. Asam folat merupakan vitamin B9 yang dibutuhkan tubuh untuk menghasilkan sel-sel baru termasuk sel-sel darah merah yang sehat.⁷

- d Dosis oral untuk anemia defisiensi besi sebesar 100-200 mg per hari. Dosis oral yang diberikan dalam bentuk fero sulfat

sebesar 200 mg (= 65 mg besi elemental), diberikan 3 kali sehari; dosis garam fero 200 mg satu atau dua kali sehari hanya efektif untuk profilaksis atau untuk anemia defisiensi besi yang ringan.⁶ Respon terapeutik pada kadar hemoglobin setelah pemberian terapi harus naik sekitar 100-200 mg per 100 mL (1-2 g per liter) per hari atau 2 g/100 mL (20 g/liter) dalam 3-4 minggu. Setelah hemoglobin kembali normal, terapi harus diteruskan untuk 3 bulan berikutnya untuk menaikkan cadangan besi. Perubahan jaringan epitel seperti glositis atrofik dan koilonikia biasanya membaik walaupun respons sering lambat. Penyebab yang paling sering tidak adanya respons pada anak adalah kurangnya kepatuhan, sedangkan penyerapan yang buruk jarang terjadi pada anak.⁶

l. Pengaruh Anemia Pada Kehamilan

Anemia menyebabkan rendahnya kemampuan jasmani karena sel-sel tubuh tidak cukup mendapat pasokan oksigen. Pada wanita hamil, anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah, dan angka kematian perinatal meningkat. Disamping itu, perdarahan antepartum dan postpartum lebih sering dijumpai pada wanita yang anemia dan lebih sering berakibat fatal sebab wanita yang anemia tidak dapat mentolerir kehilangan darah. Dampak anemia pada kehamilan bervariasi dari keluhan yang sangat ringan hingga terjadinya kelangsungan kehamilan abortus, partus imatur/prematur, gangguan proses persalinan (perdarahan), gangguan masa nifas (daya tahan terhadap infeksi dan stres kurang, produksi ASI rendah), dan gangguan pada janin (abortus, dismaturitas, mikrosomi, cacat bawaan, BBLR, kematian perinatal, dan lain-lain) (Irianto, 2014).

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Sondakh, 2015).

4. Permulaan terjadinya persalinan²⁶

Permulaan terjadinya persalinan karena terjadi perubahan sebagai berikut:

- 1) Makin bertambahnya reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga semakin sensitive terhadap rangsangan oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior, kontraksi Braxton hicks yang terjadi sejak hamil muda akan semakin sering dan dirasakan nyeri oleh ibu, kontraksi Braxton hicks berubah menjadi his persalinan.
- 2) Uterus semakin mudah dirangsang dan palpasi menyebabkan kontraksi uterus.
- 3) Pembentukan gap junction yaitu penghubung satu otot uterus dengan lainnya sehingga penyebaran inisiasi kontraksi yang berasal dari pacemaker nya pada pertemuan antar tuba dan ligamentum rotundum akan semakin cepat dan teratur dihantarkan menuju seluruh otot uterus sebagai kontraksi yang dominan. Sifat kontraksi his persalinan adalah fundus dominan, menyebar ke seluruh otot Rahim seolah-olah memeras isi uterus dan terasa sangat nyeri.

- 4) Melanjutkan pembentukan segmen bawah rahim yang bersifat pasif sehingga dapat menampung janin yang akan lahir tanpa gangguan. Segmen bawah Rahim bertindak sebagai saluran proses persalinan yang bersifat pasif karena tidak terlalu banyak mengandung otot yang mampu berkontraksi. Keuntungan sifat pasif ini adalah saat masa nifas akan dapat mengalirkan sisa loche dan lain-lainnya sehingga uterus akan bersih.
 - 5) Serviks mengalami perlunakan dan pembukaan. Proses pembukaan serviks pada multigravida berbeda dengan primigravida
5. Tanda-Tanda Persalinan²⁷
- 1) Kontraksi (His) Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton Hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut buncit juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.
 - 2) Pembukaan serviks, dimana primigravida $>1,8\text{cm}$ dan multigravida $2,2\text{cm}$ Biasanya pada ibu hamil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke

area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher).

3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*.

Istilah *bloody show* adalah karena lendir ini bercampur darah, terjadi pada saat menjelang persalinan karena adanya pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bisa juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (locus minoris) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir.

6. Tanda-tanda Persalinan

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas paggul (PAP). Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his), *passage* (jalan lahir), *passenger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi

bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013). Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut Jenny J.S Sondakh (2013):

- 1) Terjadinya his persalinan. Saat terjadi his ini pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval lebih pendek, dan kekuatan makin besar, serta semakin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Hal tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan.
- 3) Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.
- 4) Hasil-hasil yang didapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks, pendataran serviks, dan pembukaan serviks.

b. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sulistyawati (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1) Faktor *Power*

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar, yang terdiri dari : his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, yang saling kerjasama dengan baik dan sempurna. Bila terdapat kelainan pada salah satu dari kekuatan tersebut maka persalinan akan mengalami kemacetan (partus lama).

2) Faktor *Passager*

Faktor Passager merupakan faktor dari janin, yang meliputi letak janin, presentasi janin, bagian bawah dan posisi janin. Kelainan pada salah satu kondisi janin tersebut dapat berakibat sulitnya kelahiran

bayi yang mana harus dilakukan suatu tindakan seperti vacum maupun operasi ceasar.

3) Faktor *Passage*

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

- a) Bagian keras: tulang punggung,
- b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligament-ligament. Bila ada kesempitan ukuran panggul maupun bentuk panggul, maka bayi tidak dapat lahir secara normal melalui jalan lahir dan harus dilakukan operasi ceasar.

4) Faktor Psikologi Ibu

Dalam persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, dengan makin meningkatnya kecemasan akan semakin meningkatkan intensitas nyeri. Dengan makin majunya proses persalinan menyebabkan perasaan ibu hamil semakin cemas dan rasa cemas tersebut menyebabkan rasa nyeri semakin intens, demikian pula sebaliknya. Sensasi nyeri yang diderita ibu bersalin tersebut berasal dari sinyal nyeri yang timbul saat otot rahim berkontraksi dengan tujuan untuk mendorong bayi yang ada didalam rahim. Nyeri saat persalinan sendiri sebenarnya adalah nyeri akibat kontraksi miometrium disertai mekanisme perubahan fisiologis dan biokimiawi. Selain itu, faktor fisik, faktor psikologi, emosi dan motivasi juga mempengaruhi timbulnya nyeri. Kecemasan, kelelahan, kehabisan tenaga, dan kekwatiran ibu, seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Begitu nyeri semakin intens, kecemasan ibu meningkat semakin berat, sehingga terjadi siklus nyeri-stres-nyeri dan seterusnya sehingga akhirnya ibu yang bersalin tidak mampu lagi berharap.

5) Faktor Penolong

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Keterampilan dalam asuhan persalinan normal harus diterapkan

sesuai standar asuhan bagi semua ibu bersalin disetiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimanapun hal tersebut terjadi. Penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan. Bidan harus dapat menyesuaikan jenis asuhan yang diberikan sesuai dengan kondisi dan tempat persalinan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan spesifik ibu dan bayi baru lahir. Oleh karena itu, keberhasilan persalinan baik ibu maupun bayi yang sehat dan selamat ditentukan oleh penolong persalinan yang terampil dan kompeten.

c. Tahap-tahap Persalinan

Tahapan persalinan menurut Sulistyawati (2013), adalah sebagai berikut:

1) Kala I

Kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan cerviks menjadi lengkap. Kala I dibagi menjadi 2 yaitu:

- Fase Laten

Fase laten merupakan fase pembukaan yang sangat lambat, yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

- Fase Aktif

Fase aktif, merupakan fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi 3 yaitu:

- (1) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- (2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dari 2 jam.
- (3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

d. Kala II

Kala II atau kala pengeluaran merupakan periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida

dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

e. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi berbentuk bundar
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- c) Tali pusat bertambah Panjang
- d) Terjadi perdarahan

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Sondakh, 2013).

f. Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan menurut Sulistyawati (2013) adalah sebagai berikut:

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.

d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

g. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Rohani (2013) selama proses persalinan, pasien sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan antara lain:

1) Dukungan Emosional

Perasaan takut dalam menghadapi persalinan bisa meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi lebih cepat lelah, yang pada akhirnya akan mempengaruhi proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga atau petugas kesehatan.

2) Kebutuhan Makanan dan Cairan

Pemberian makanan pada pasien yang kemungkinan sewaktu- waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni. Dikarenakan pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya akan tetap terpenuhi.

3) Kebutuhan Eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap dua jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Memfasilitasi klien dengan menggunakan pispot jika tidak mampu berkemih sendiri, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

4) Mengatur Posisi

Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu

proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok.

5) Peran Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yakni mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Pendamping persalinan bisa ditemani oleh suami, anggota keluarga, atau teman yang ibu inginkan selama proses persalinan.

6) Pengurangan Rasa Nyeri

Pengendalian rasa nyeri dapat dilakukan dengan memberikan kompres panas dan dingin. Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan ambang nyeri. Sedangkan kompres dingin, berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit.

h. Perdarahan pascapersalinan

Perdarahan pascapersalinan, sulit untuk menentukan terminologi berdasarkan batasan kala persalinan dan jumlah perdarahan yang melebihi 500 ml. pada kenyataannya, sangat sulit untuk membuat determinasi batasan pascapersalinan dan akurasi jumlah perdarahan murni yang terjadi. Berdasarkan temuan diatas maka batasan operasional untuk periode pascapersalinan adalah periode waktu setelah bayi dilahirkan. Sedangkan batasan jumlah perdarahan, hanya merupakan taksiran secara tidak langsung dimana disebutkan sebagai perdarahan abnormal yang menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 x/menit, kadar Hb < 8 g%).²⁸

1) Masalah

- Morbiditas dan mortalitas ibu yang disebabkan oleh perdarahan setelah bayi lahir dan dalam 24 jam pertama persalinan .
- Perdarahan pascapersalinan lanjut (setelah 24 jam persalinan) .
- Hasil upaya pertolongan sangat tergantung dari kondisi awal ibu sebelum bersalin, ketersediaan darah dan pasokan alat medis yang dibutuhkan, tenaga terampil dan handal serta jaminan fungsi peralatan bagi tindakan gawat darurat

2) Penatalaksanaan umum

- a) Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
- b) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pascapersalinan)
- c) Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pascapersalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung). Perhatikan pelaksanaan asuhan mandiri.
- d) Selalu siapkan keperluan tindakan gawatdarurat
- e) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
- f) Atasi Syok
- g) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan *infuse* 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit)
- h) Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir
- i) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah (lihat solusio plasenta)
- j) Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan
- k) Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik

1. Bayi Baru Lahir/Neonatus

a. Pengertian

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dan kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500-4000 gram pada usia kehamilan 37-42 minggu (Karyuni, 2011).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram (JNPK-KR, 2017). Bayi baru lahir harus memenuhi sejumlah tugas perkembangan untuk memperoleh dan mempertahankan eksistensi fisik secara terpisah dari ibunya.

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir normal yaitu:

- Berat badan bayi 2500-4000 gram
- Umur kehamilan 37-42 minggu
- Panjang Badan 48-52 cm
- Lingkar Dada 30-38 cm
- Lingkar Kepala 33-35 cm
- Lingkar Lengan 11-12 cm
- Frekuensi Denyut Jantung 120-160x/menit
- Pernafasan 40-60x/menit
- Bayi segera menangis
- Bergerak aktif, kulit kemerahan
- Menghisap ASI dengan baik
- Tidak ada cacat bawaan
- Nilai APGAR >7

Tabel 4. Nilai APGAR

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse rate</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	> 100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Vivian N.L., 2013

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

Menurut Kementerian Kesehatan (2019) menjelaskan mengenai perawatan neonatal esensial pada saat lahir yang terdiri dari:

- Perawatan neonatal esensial pada saat lahir
 - a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering yang hangat
 - b) Nilai bayi apakah bayi bernapas/menangis, tonus otot baik dan perkiraan berat lahir lebih dari 2000gram
 - c) Apabila ada poin b) “ya” lakukan kontak kulit ke kulit dengan meletakkan bayi di atas permukaan perut ibu dan lanjutkan ke poin e)
 - d) Apabila jawaban poin b) adalah “tidak” pindahkan bayi ke meja resusitasi dan lanjutkan dengan alur resusitasi pada bagan alur resusitasi neonatus
 - e) Posisikan bayi untuk memastikan jalan napas bersih dan bebas dari lendir
 - f) Keringkan dan rangsang bayi dengan melakukan usapan pada muka, kepala punggung, lengan dan tungkai
 - g) Selesai mengeringkan singkirkan kain pengering

- h) Selimuti seluruh tubuh bayi dengan kain hangat dan kering dan pastikan topi pada kepala bayi
- i) Nilai bayi terus menerus apakah bayi bernapas/menangis tonus otot baik
- j) Apabila jawaban poin i) “tidak” lihat poin d)
- k) Apabila jawaban poin i) “ya” lanjutkan dengan perawatan rutin
- l) Seluruh kegiatan ini dilakukan tidak lebih dari 30 detik
- Perawatan rutin neonates pada 30 detik – 90 detik
 - a) Menjaga bayi tetap hangat
 - b) Lakukan klem dan potong tali pusat pada 2 menit setelah lahir
 - c) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada ibu setidaknya 60 menit kecuali ada distress respirasi atau kegawatan maternal
 - d) Lakukan pemantauan tiap 15 menit selama IMD
 - e) Lakukan pemberian identitas
 - f) Lakukan pemberian injeksi vitamin K₁ (IM)
 - g) Lakukan pencegahan infeksi mata (pemberian salep/tetes mata antibiotic).
- Perawatan rutin neonatus pada 90 menit – 6 jam
 - a) Pemeriksaan fisik neonatus
 - b) Penentuan usia gestasi
 - c) Pemberian imunisasi Hb 0
 - d) Pemantauan stabilisasi kondisi neonates terdiri dari postur tubuh, aktivitas, pola napas, denyut jantung, perubahan suhu, warna kulit dan kemampuan menghisap. Waspadai tanda bahaya yang muncul pada periode ini, antara lain:
 - Napas cepat > 60x/menit atau napas lambat < 40x/menit
 - Sesak napas/sukar bernapas ditandai dengan merintih, tarikan dinding dada saat inspirasi
 - Gerakan bayi lemah
 - Gerakan bayi berulang atau kejang
 - Demam (suhu >37,5°C) atau hipotermi (suhu < 36,5°C)

- Perubahan warna kulit (menjadi biru atau pucat)
- Malas/tidak bisa menyusu atau minum.

d. Adaptasi Fisiologis

Menurut Sulistyawati (2013), adaptasi fisiologis bayi lahir normal yaitu:

- Sistem Pernafasan

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan.

- Penurunan Berat Badan Awal

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, neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal.

- Sistem Kardiovaskuler dan Darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit

- Sistem Pencernaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari

e. Kebutuhan Dasar Bayi

WHO (2013) menyatakan tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan. Optimalisasi faktor lingkungan untuk tumbuh kembang optimal meliputi tiga kebutuhan dasar, yaitu:

- Asuh

Asuh adalah kebutuhan yang meliputi:

- Pangan atau kebutuhan gizi seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, pemantauan panjang badan dan berat badan secara teratur
- Perawatan kesehatan dasar; perawatan mata, perawatan tali pusat dan imunisasi sesuai jadwal
- Hygiene dan sanitasi, sandang dan papan, kesegaran dan jasmani, rekreasi dan pemanfaatan waktu luang
- Asih

Asih adalah ikatan yang erat, serasi dan selaras antara ibu dan anaknya yang diperlukan pada Tahun-Tahun pertama kehidupan anak untuk menjamin mantapnya tumbuh kembang fisik, mental dan psikososial anak, seperti, kontak kulit antara ibu dan bayi serta menimang serta membelai bayi.

- Asah merupakan proses pembelajaran pada anak agar anak tumbuh dan berkembang menjadi anak yang cerdas, ceria dan berkarakter mulia, maka periode balita menjadi periode yang menentukan sebagai masa keemasan (golden period), jendela kesempatan (window of opportunity), dan masa krisis (critical period) yang tidak mungkin terulang. Pengasuhan dan pendidikan anak usia dini harus memperhatikan hal-hal seperti:
 - Stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak
 - Pengembangan moral, etika dan agama
 - Perawatan, pengasuhan, pendidikan anak usia dini, pendidikan dan pelatihan

f. Tanda Bahaya Umum BBL

Menurut Sulistyawati (2013), tanda bahaya bayi baru lahir yaitu:

- Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- Terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36,5^{\circ}\text{C}$
- Warna kulit atau bibir biru pucat, memar atau sangat kuning.
- Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.

- Tali pusat terlihat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
- Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- Aktivitas menggigil atau menangis tidak biasa,
- Lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

g. Kunjungan Neonatal

Menurut Sulistyawati (2013) kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

- Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari 6 hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi Vitamin K1, dan imunisasi HB 0.
- Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan dari tiga sampai tujuh hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- Kunjungan neonatal lengkap (KN3) dilakukan pada saat usia bayi 8 sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

2. Nifas

a. Pengertian

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 32 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. (Saiftiddin, 2010).

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2013) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

- Puerperium Dini
Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal itu ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- Puerperium Intermedial
Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- Remote Puerperium
Remote puerperium merupakan masa diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan

c. Tujuan Perawatan Nifas

Menurut Syaifuddin (2010) tujuan perawatan nifas yaitu:

- Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.
- Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- Memberikan pelayanan keluarga berencana.

d. Perubahan Fisiologis

Berikut ini perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas menurut Bobak, dkk (2011), yaitu:

- Perubahan Sistem Reproduksi
 - a) Involusio Uterus

b) Lochea

Tahapan lochea:

- Lochea Rubra

Lokia ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium

- Lochea Sanguinolenta

Lokia ini berwarna kecoklatan dan berlendir serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum

- Lochea Serosa

Lokia ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Lokia serosa keluar dari hari ke-7 sampai hari ke-14

- Lochea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jantung yang mati. Lokia alba dapat berlangsung dari 2 minggu sampai 6 minggu postpartum berupa cairan berwarna putih.

- Perubahan Pada Servik

Serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan lunak. Delapan belas jam pasca partum, serviks menjadi memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.

- Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar pada saat proses melahirkan bayi. Vagina yang mulanya menegang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil antara 6 -8 minggu setelah bayi lahir serta rugae

dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

- Perubahan pada Payudara

Wanita yang telah melahirkan akan terjadi proses laktasi terjadi secara alami. Ibu yang menyusui 24 jam sampai 72 jam pertama sesudah melahirkan, payudaranya akan mengeluarkan kolostrum. Air susu yang lebih matang akan muncul antara hari 2- ke 5. Payudara akan membesar (penuh, keras, panas, dan nyeri) yang dapat menimbulkan kesulitan dalam menyusui. Menyusui dengan interval waktu yang sering akan dapat mencegah pembengkakan payudara atau membantu meredakannya. Konstrenasi hormon yang menstimulasi selama hamil adalah hormon estrogen, progesterone, human chorionoc gonadotrophin (HCG), prolaktin, kortisol dan insulin hormon ini dapat menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin setelah melahirkan (hormon laktogenik). Efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan sampai tiga hari setelah melahirkan

- Perubahan Sistem Endokrin

Perubahan pada sistem endokrin dapat terjadi selama proses kehamilan dan persalinan, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut yaitu hormon oksitosin, prolaktin serta estrogen dan progesteron. Estrogen dan progesteron serta prolaktin menurun secara cepat, kadar prolaktin pada ibu menyusui akan meningkat secara bertahap karena rangsangan dari isapan bayi

- Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah dua sampai tiga hari postpartum. Kondisi ini akan kembali normal setelah empat minggu postpartum. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.

- Perubahan Tanda Vital

Tekanan darah harus dalam keadaan stabil. Suhu turun secara perlahan dan stabil pada 24 jam postpartum. Nadi kembali normal setelah persalinan

e. Perubahan Psikologis

Menurut Bobak, dkk. (2011) menyatakan proses adaptasi psikologis masa nifas adalah sebagai berikut:

- *Fase Taking In*

Fase ini adalah fase ketergantungan yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Ibu akan memfokuskan energinya pada perhatian tubuhnya sendiri sehingga mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain. Ibu merasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya atau dampak kritikan suami dan keluarga tentang perawatan bayinya.

- *Fase Taking Hold*

Fase ini adalah fase ketergantungan dan ketidaktergantungan yang berlangsung selama tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir atas ketidakmampuannya merawat anak, gampang tersinggung dan tergantung pada orang lain terutama dukungan keluarga sehingga ibu mulai berinisiatif merawat dirinya sendiri dan bayinya.

- *Fase Letting Go*

Fase ini adalah periode saling ketergantungan yang berlangsung selama sepuluh hari setelah melahirkan. Kini keinginan merawat dirinya dan bayinya semakin meningkat dan menerima tanggung jawab perawatan bayi dan memahami kebutuhan bayinya

f. Kebutuhan Dasar Nifas

Kebutuhan dasar pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2013) meliputi:

- Kebutuhan Nutrisi

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemberian ASI eksklusif. Asupan kalori ditingkatkan sampai 2700 kalori.

Suplemen zat besi dapat diberikan kepada ibu selama 4 minggu pertama setelah kelahiran. Vitamin A (200.000 IU) diberikan dua kali, yaitu setelah persalinan dan 24 jam setelah Vitamin yang pertama

- Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang Istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi.

- Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan. Ambulasi dapat meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih.

- Eliminasi

Berkemih harus terjadi dalam 4-8 jam pertama. Untuk meningkatkan volume feses, ibu nifas dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih

- Latihan

Latihan yang diberikan dapat berupa senam kegel dan senam nifas. Senam kegel adalah senam yang dilakukan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul. Senam kegel yang lebih sering setelah melahirkan dapat membuat bentuk vagina kembali ke bentuk semula seperti saat sebelum hamil serta selain senam kegel juga bisa dilakukan senam nifas. Senam nifas bertujuan untuk mengembalikan kekuatan otot-otot terutama otot rahim, vagina dan kandung kemih.

- Personal Hygiene

Personal Hygiene yang harus diperhatikan yaitu, selalu membersihkan daerah kelamin dengan bersih dan mencebok dengan cara yang benar, mengganti pembalut setiap kali sudah terasa penuh

atau minimal 2 kali dalam sehari, dan mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan kemaluannya

g. Kunjungan Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020) Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan pasien berkunjung ke fasilitas kesehatan maupun dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga. Ibu dianjurkan melakukan kontrol atau kunjungan masa nifas sebanyak 4 kali (untuk zona hijau kunjungan dilakukan di fasilitas kesehatan), waktu kunjungan nifas yaitu:

Jenis Pelayanan	Zona Hijau (Tidak Terdampak/ Tidak Ada Kasus)	Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)
Kunjungan 1: 6 jam – 2 hari setelah persalinan	Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.	
Kunjungan 2: 3 – 7 hari setelah persalinan	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan	Pada kunjungan nifas 2, 3, dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3 : dilakukan melalui media komunikasi/ secara daring, baik untuk pemantauan maupun edukasi.
Kunjungan 3: 8 – 28 hari setelah persalinan	didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan. Apabila diperlukan, dapat dilakukan kunjungan ke Fasyankes dengan didahului janji temu/teleregistrasi.	Apabila sangat diperlukan, dapat dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun ibu dan keluarga.
Kunjungan 4: 29 – 42 hari setelah persalinan		

Gambar1. Jadwal Kunjungan Nifas sesuai Zona Kasus Covid-19

Ibu dianjurkan melakukan kontrol atau kunjungan masa nifas sebanyak 4 kali (untuk zona hijau kunjungan dilakukan di fasilitas kesehatan), waktu kunjungan nifas yaitu:

- Kunjungan Nifas Pertama (KF1), pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan, tujuannya:
 - Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- Pemberian ASI awal.
- Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir (Bouding Attachment).
- Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan yang banyak.
- Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia.
- Kunjungan Nifas Kedua (KF2), pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan, tujuannya:
 - Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
 - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
 - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- Kunjungan Nifas Ketiga (KF3), pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan, tujuannya:
 - Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami
 - Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

- Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung).
- Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
- Kunjungan Nifas Keempat (KF4) pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan, tujuannya adalah sama dengan kunjungan KF3.

3. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013). Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2012).

c. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen (Wiknjosastro, 2011). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014)

d. Pengertian IUD

IUD (Intra Uterine Device) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BKKBN, 2014). IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. Kontrasepsi IUD yang dipasang segera setelah persalinan disebut dengan IUD Post Plasenta. IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan Seksio Sesaria (BKKBN, 2012).

e. Keuntungan IUD

Menurut Proverawati (2010) keuntungan menggunakan IUD adalah:

- Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
- Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

- Pemasangan ada pascapersalinan, kasus perdarahan lebih sedikit dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari atau minggu
- Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien
- Mempunyai efektivitas yang tinggi
- Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti)
- Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
- Tidak memengaruhi hubungan seksual
- Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu IUD (CuT-380 A)
- Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih atau setelah haid terakhir)
- Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- Mencegah kehamilan ektopik.

f. Kerugian IUD

Kerugian penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut (Proverawati, 2010):

- Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- Haid lebih lama dan banyak
- Perdarahan (spotting antar menstruasi)
- Saat haid lebih sakit

g. Indikasi atau Persyaratan Pemakaian IUD

Menurut Arum (2011), yang dapat menggunakan IUD adalah sebagai berikut:

- Usia reproduktif dan keadaan multipara
- Menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang

- Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi
 - Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
 - Risiko rendah dari IMS
 - Tidak menghendaki metode hormonal
 - Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- Sedangkan persyaratan untuk penggunaan IUD pasca plasenta adalah sebagai berikut:
- 1) Tidak mengalami ketuban pecah dini
 - 2) Tidak infeksi intrapartum
 - 3) Tidak perdarahan post partum

h. Cara Kerja IUD

Menurut Saifuddin, dkk (2012) cara kerja pemasangan IUD adalah sebagai berikut:

- Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

i. Pemasangan IUD

Menurut Syaifuddin (2012) kontrasepsi IUD dapat dipasang dalam keadaan sebagai berikut:

- Pasca Salin

Bila pemasangan IUD tidak dilakukan segera dalam waktu 48 jam setelah bersalin, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 - 8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar. Pemasangan IUD dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu:

- Dipasang dengan tangan langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

- Dipasang dengan ring forceps

Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan ring forceps hampir sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan ring forceps, bukan dengan tangan.

- Post Abortus

Sebaiknya IUD dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Septic Abortion merupakan kontraindikasi.