

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan Adalah suatu proses bertemunya sel telur dan sel sperma dituba falopi menjadi zigot setelah itu berjalan dan bernidasi diendometrium. Bila dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normalnya akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 4 minggu sampai dengan 12 minggu, trimester kedua dari 13 minggu sampai dengan 27 minggu, trimester ketiga dari 28 minggu sampai dengan 40 minggu. Adapun masalah yang sering muncul dalam kehamilan adalah anemia yang akan berdampak pada persalinan seperti pendarahan. (Prawirohardjo, 2016).

Pada wanita hamil trimester III akan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis yang disebut sebagai periode penantian. Menanti kehadiran sang buah hati sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian kepada sang buah hatinya. (Sitanggang dkk, 2012)

A. Proses Kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bertemunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari di hitung dari hari pertama menstruasi terakhir (Sulistyawati, 2011:4).

Fertilisasi pada manusia ini diawali dengan terjadinya persetubuh(koitus). Fertilisasi merupakan peleburan antara inti spermatozoa dengan inti sel telur. Proses fertilisasi ini dapat terjadi di bagian ampulla tuba falopi atau uterus yang berhasil menemukan ovum akan merusak korona radiata dan zona pelusida yang mengelilingi membran sel ovum, lalu spermatozoa akan melepaskan enzim. Enzim dari banyak spermatozoa akan merusak korona radiata dan zona pelusida sehingga spermatozoa berhasil menembus membran sel ovum, konfigurasi membran ovum langsung berubah sehingga spermatozoa lain tidak. Spermatozoa menuju masa apa saja ruang berbentuk telur yang ditemuinya, dan hanya sedikit yang mencapai ovum sebenarnya. Spermatozoa dapat masuk. Hanya kepala spermatozoon yang masuk ke dalam ovum, bagian ekor akan ditinggalkan. DNA dalam nukleus spermatozoon akan dilepaskan dari kepala, memicu pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita. Bersatunya inti spermatozoon dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot. Zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari. Tahap-tahap ini meliputi periode implanisasi (7 hari pertama), periode embrionik (7 minggu berikutnya), dan periode fetus (7 bulan berikutnya). Selama 2-4 hari pertama setelah fertilisasi, zigot berkembang dari satu sel menjadi kelompok 16 sel (morula). Morula kemudian tumbuh dan berdiferensiasi menjadi 100 sel. Selama periode ini zigot berjalan di sepanjang tuba falopi, setelah itu masuk ke uterus dan tertanam dalam endometrium uterus. Perkembangan Janin di Dalam Uterus (Sulistyawati, 2011:89).

2.1.2 Fisiologi kehamilan

1.Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi (Manuaba, 2010:75). Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam sel telur (Dewi dkk, 2010:59). Pelepasan telur (ovum) hanya terjadi satu kali setiap bulan, sekitar hari ke-14 pada siklus menstruasi normal 28 hari (Bandiyah, 2019:1).

2.Spermatozoa

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nucleus). Leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira sepuluh kali bagian kepala. Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitive tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai akil balig (Dewi dkk, 2011: 62).

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks, spermatogonium berasal dari primitive tubulus, menjadi spermatosid pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopii. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genetalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010:76-77)3).

3. Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (senggama/koitus) terjadi ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, dimana akan melepaskan cairan mani berisi sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Jika senggama terjadi dalam masa ovulasi, maka ada kemungkinan sel sperma dlm saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat ovulasi. Pertemuan sel sperma dan sel telur inilah yang disebut sebagai konsepsi/fertilisasi (Dewi dkk, 2011:67).

Fertilisasi adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba (Saifuddin, 2010:141) Menurut Manuaba dkk (2010:77-79), keseluruhan proses konsepsi berlangsung seperti uraian dibawah ini:

Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiate yang mengandung persediaan nutrisi. Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metaphase di tengah sitoplasma yang vitellus. Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitellus, melalui saluran yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampulla tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.

4. Nidasi atau Implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim dekat fundus uteri. Terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda Hartman (Dewi dkk, 2011:71). Pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormone hCG dimulai, suatu hormone yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio (Saifuddin, 2010:143)5).

Plasenta adalah organ vital untuk promosi dan perawatan kehamilan dan perkembangan janin normal. Hal ini diuraikan oleh jaringan janin dan ibu untuk dijadikan instrumen transfer nutrisi penting (Afodun et al , 2015). Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010:145). Pertumbuhan plasenta makin lama makin besar dan luas, umumnya mencapai pembentukan lengkap pada usia zona pelusida.

5. Konsepsi

Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel kehamilan sekitar 16 minggu. Plasenta dewasa/lengkap yang normal memiliki karakteristik berikut:

a. Bentuk bulat / oval

b. Diameter 15-25 cm, tebal 3-5 cm

c. Berat rata-rata 500-600 gr.

d. Inseri tali pusat (tempat berhubungan dengan plasenta) dapat di tengah/sentralis, disamping/lateralis, atau tepi ujung tepi/marginalis.

e. Di sisi ibu, tampak daerah-daerah yang agak menonjol (katiledon) yang diliputi selaput tipis desidua basialis.

f. Di sisi janin, tampak sejumlah arteri dan vena besar (pembuluh korion) menuju tali pusat. Korion diliputi oleh amnion.

g. Sirkulasi darah ibu di plasenta sekitar 300 cc/menit (20 minggu) meningkat sampai 600-700 cc/ menit (aterm) (Dewi dkk, 2011:84)

6. Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi.

Menurut dewi dkk (2011:72-80) pertumbuhan dan perkembangan embrio dari trimester 1 sampai dengan trimester 3 adalah sebagai berikut:

A. Trimester 1

Minggu ke-1

Disebut masa germinal. Karakteristik utama masa germinal adalah sperma membuahi ovum yang kemudian terjadi pembelahan sel (Dewi dkk, 2011:72)

Minggu ke-2

Terjadi diferensiasi massa seluler embrio menjadi dua lapis (stadium bilaminar). Yaitu lempeng epiblast (akan menjadi ectoderm) dan hipoblast (akan menjadi endoderm). Akhir stadium ini ditandai alur primitif (primitive streak) (Dewi dkk, 2011:73).

Minggu ke-3

Terjadi pembentukan tiga lapis/lempeng yaitu ectoderm dan endoderm dengan penyusupan lapisan mesoderm diantaranya diawali dari daerah primitive streak (Dewi dkk, 2011:73).

Minggu ke-4

Pada akhir minggu ke-3/awal minggu ke-4, mulai terbentuk ruas-ruas badan (somit) sebagai karakteristik pertumbuhan periode ini. Terbentuknya jantung, sirkulasi darah, dan saluran pencernaan (Dewi dkk, 2011:73)(5) Minggu ke-8 Pertumbuhan dan diferensiasi somit terjadi begitu cepat, sampai dengan akhir minggu ke-8 terbentuk 30-35 somit, disertai dengan perkembangan berbagai karakteristik fisik lainnya seperti jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik (Dewi dkk, 2011:74)

Minggu ke -12

Beberapa system organ melanjutkan pembentukan awalnya sampai dengan akhir minggu ke-12 (trimester pertama). Embrio menjadi janin. Gerakan pertama dimulai selama minggu ke 12. Jenis kelamin dapat diketahui. Ginjal memproduksi urine (Dewi dkk, 2011:74).

B. Trimester II

1. Sistem Sirkulasi

Janin mulai menunjukkan adanya aktivitas denyut jantung dan aliran darah. Dengan alat fetal ekokardiografi, denyut jantung dapat ditemukan sejak minggu ke-12 (Dewi dkk, 2017).

2.Sistem Respirasi

Janin mulai menunjukkan gerak pernafasan sejak usia sekitar 18 minggu. Perkembangan struktur alveoli parusendiri baru sempurna pada usia 24-26 minggu. Surfactan mulai diproduksi sejak minggu ke-20, tetapi jumlah dan konsistensinya sangat minimal dan baru adekuat untuk pertahanan hidup ektrauterin pada akhir trimester III (Dewi dkk,2017)

3.Sistem gastrointestinal

Janin mulai menunjukkan aktivitas gerakan menelan sejak usia gestasi 14 minggu. Gerakan mengisap aktif tampak pada 26-28 minggu. Secara normal janin minum air ketuban 450 cc setiap hari. Mekonium merupakan isi yang utama pada saluran pencernaan janin, tampak mulai usia 16 minggu (Dewi dkk,2017).

Mekonium berasal dari :

- a.Sel-sel mukosa dinding saluran cerna yang mengalami deskuamasi dan rontok.
- b.Cairan/enzim yang disekresi sepanjang saluran cerna, mulai dari saliva sampai enzim enzim pencernaan.
- c.Cairan amnion yang diminum oleh janin, yang terkadang mengandung lanugo (rambut-rambut halus dari kulit janin yang rontok). Dan sel-sel dari kulit janin/membrane amnion yang rontok.
- d.Penghancuran bilirubin (Sulistyawati,2018)

4. Sistem Saraf dan Neuromuskular

Sistem ini merupakan sistem yang paling awal mulai menunjukkan aktivitasnya, yaitu sejak 8-12 minggu, berupa kontraksi otot yang timbul jika terjadi stimulasi lokal. Sejak usia 9 minggu, janin mampu mengadakan fleksi alat-alat gerak, dengan refleks-refleks dasar yang sangat sederhana (Sulistyawati ,2018)

5. Sistem Saraf Sensorik Khusus/Indra

Mata yang terdiri atas lengkung bakal lensa (lens placode) dan bakal bola mata/mangkuk optic (optic cup) pada awalnya menghadap ke lateral, kemudian berubah letaknya ke permukaan ventral wajah (Sulistywati,2017).

6. Sistem Urinarius

Glomerulus ginjal mulai terbentuk sejak umur 8 minggu. Ginjal mulai berfungsi sejak awal trimester kedua dan dalam vesika urinaria dapat ditemukan urine janin yang keluar melalui uretra dan bercampur dengan (4) Sistem Saraf dan Neuromuskular (Sulistywati,2017).

Sistem ini merupakan sistem yang paling awal mulai menunjukkan aktivitasnya, yaitu sejak 8-12 minggu, berupa kontraksi otot yang timbul jika terjadi stimulasi lokal. Sejak usia 9 minggu, janin mampu mengadakan fleksi alat-alat gerak, dengan refleks-refleks dasar yang sangat sederhana (Sulistywati,2017)

7. Sistem Saraf Sensorik Khusus/Indra

Mata yang terdiri atas lengkung bakal lensa (lens placode) dan bakal bola mata/mangkuk optic (optic cup) pada awalnya menghadap ke lateral, kemudian berubah letaknya ke permukaan ventral wajah (Sulistywati,2017).

8. Sistem Urinarius

Glomerulus ginjal mulai terbentuk sejak umur 8 minggu. Ginjal mulai berfungsi sejak awal trimester kedua dan dalam vesika urinaria dapat ditemukan urine janin yang keluar melalui uretra dan bercampur dengan cairan amnion (Sulistywati,2017).

9. Sistem Endokrin

Kortikotropin dan Tirotropin mulai diproduksi di hipofisis janin sejak usia 10 minggu mulai berfungsi untuk merangsang perkembangan kelenjar suprarenal(c) Minggu ke-36 Berat janin sekitar 1.500-2.500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010:159). Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. (Dewi dkk, 2010:80). Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Varney, 2007:511)

10. Sistem Endokrin

Kortikotropin dan Tirotropin mulai diproduksi di hipofisis janin sejak usia 10 minggu mulai berfungsi untuk merangsang perkembangan kelenjar suprarenal Minggu ke-38 (Dewi dkk,2016).

2.1.3 Perubahan pada kehamilan Trimester III

1. Vagina dan vulva

Hormon estrogen mempengaruhi system reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hyperemia pada vagina dan vulva. peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut tanda Chadwick. (Kumalasari, 2015:3).

2.Serviks Uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak yang disebut dengan tanda Goodell.Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus.(Dewi dkk,2011:91).

3.Uterus

Uterus mulai menekan kearah tulang belakang,menekan vena cava dan aorta sehingga aliran darah tertekan.pada akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut his palsu (braxton hicks).Isthmus uteri menjadi bagian korpus dan berkembang menjadi segmen bawah Rahim yang lebih lebar dan tipis,servik menjadi lunak sekali dan lebih mudah dimasuki dengan 2 jari pada akhir kehamilan.uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram bertambah besarnya uterus akibat adanya penambahan ukuran sel pada uterus yang disebut (hipertrofi) dan penambahan lapisan dinding Rahim(uterus) karena kelebihan pertumbuhan sel yang disebut (hiperplasia),sehingga kenaikan pertumbuhan janin seberat 1000 gram pada saat diakhir kehamilan.(Kumalasari,2015:4).

Tabel 1.1**Penambahan Ukuran TFU**

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 Jari diatas simfisi
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas perut
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3 jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sulistyawati,2011:60)

4.Perubahan Kardiovaskuler atau Hemodinamik

Karakteristik yang khas adalah denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 kali permenit pada kehamilan.oleh karena diafragma makin naik selama kehamilan jantung digeser ke kiri dan ke atas.(Dewi dkk,2011:93).

5. Perubahan pada sistem Pernafasan

Timbulnya keluhan sesak dan pendek pada nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/diekspirasi setiap kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk rongga toraks sehingga O₂ dalam darah meningkat. (Kumalasari, 2015:5)

6. Perubahan Pada Ginjal

Selama Kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan. (Pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Terjadinya berkemih sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada Trimester III kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih. (Kumalasari, 2015:5)

7. Perubahan Sistem Endokrin

Pada ovarium dan plasenta, korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesterone dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormone tersebut. Kelenjar tiroid menjadi lebih aktif. menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan dan perubahan suasana hati. Kelenjar paratiroid ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Pada pancreas menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. (Kumalasari, 2015:5-6).

8. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone, dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian. Pada kehamilan trimester II dan III Hormon progesterone dan hormone relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maskimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung. *(Dewi dkk, 2011:103)*

9. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (Konstipasi). Wanita hamil sering mengalami Heartburn (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan arena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan. *(Kumalasari, 2015:7).*

10. Perubahan Sistem Integumen

Pada kulit terjadi hiperpigmentasi yang dipengaruhi hormone Melanophore Stimulating Hormone di Lobus Hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Sehubungan dengan tingginya kadar hormonal, maka akan terjadi peningkatan pigmentasi selama kehamilan. Ketika terjadi pada kulit muka dikenal sebagai cloasma. Linea Alba adalah garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut Line Nigra. Pada primigravida panjang linea nigra mulai terlihat pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada Muligravida keseluruhan garis munculnya sebelum bulan ketiga. Striae Gravidarum yaitu renggangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastic dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal. Kulit perut mengalami perenggangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hyperemia dan kebiruan disebut striae lividae (timbul karena hormone yang berlebihan dan ada pembesaran/perenggangan pada jaringan menimbulkan perdarahan pada kapiler halus di bawah kulit menjadi biru). Tanda regangan timbul pada 50% sampai 90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut striae albicans (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha. (Kumalasari, 2015:6).

11. Perubahan Metabolisme

Menurut Manuaba (2010:95) perubahan metabolisme pada kehamilan:

A. Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ke-tiga

B. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan ketuban mineral yang diperlukan janin.

C.Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.

D.Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

E. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil (Manuaba,2010).

Tabel 1.2

Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

(Sumber : Sukarni,Icesmi,2013:128)

Nutrisi	Kebutuhan Hamil/Hari	Tidak Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
VIT C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 mg

F. Berat badan ibu hamil bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu.

Tabel 1.3

Rekomendasi Penambahan Berat Badan

Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

(Sumber: Saifudin, 2011:180)

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,3-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Obesitas	26-29	7-11,5
Gemeli	-	16-20,5

G.Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu :

A.Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis (Hafifah, 2011:87).

B. Progesteron

Berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Pada kehamilan kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang, sehingga kehamilan bisa dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise pars posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi ini akan menjadi kekuatan yang dominan pada saat persalinan dimulai, oleh karena itu makin tua kehamilan maka frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau melalui prostaglandin yang makin meningkat mulai umur kehamilan minggu ke-15 sampai aterm lebih-lebih sewaktu partus atau persalinan. Disamping faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk mulainya kontraksi rahim (Hafifah, 2011:87).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Romauli(2011:134-160) Semakin tuanya usia kehamilan, kebutuhan fisik maupun psikologis ibu juga mulai beragam dan harus terpenuhi. Kebutuhan fisik maupun psikologis ibu hamil dijabarkan sebagai berikut:

A. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1. Oksigen Kebutuhan

oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Konsul dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain (Romauli,2011:134-160)

2.Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

a.Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu (Romauli,2011:134-160)

b. Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, dan tahu tempe) (Romauli,2011:134-160)

c.Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bias terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, forofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium (Romauli,2011:134-160)

d. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Romauli,2011:134-160)

2. Kebutuhan Personal Higiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.(Romauli,2011:134-160)

3.Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh ibu hamil, terutama trimester I dan III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis (Romauli,2011:134-160).

4. Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdarahan pervaginal, riwayat abortus berulang, abortus/ partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya (Romauli, 2011:134-160)

5. Kebutuhan Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romauli, 2011:134-160)

6. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011:134-160).

7. Persiapan persalinan

- a. Membuat rencana persalinan
- b. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada
- c. Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan
- d. Membuat rencana atau pola menabung

e. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan⁹⁾ Memantau kesejahteraan janin Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, dan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil

2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2011:202) tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Solusio Plasenta
- c. Plasenta Previa
- d. Keluar cairan pervaginam
- e. Gerakan janin
- f. Nyeri perut yang hebat

2.2 Anemia Dalam Kehamilan

2.2.1 Definisi Anemia

Anemia adalah suatu kondisi tubuh dimana kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah dari normalnya. dinyatakan normalnya Hb pada usia 12 sampai 14 tahun 12g/dL, anemia ringan 11,0 sampai dengan 11,9gr/dL, anemia sedang 8,0 sampai dengan 10,9 gr/dL, anemia berat <8,0. Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr% pada trimester II. Hemoglobin salah satu komponen dalam sel darah

merah/eritrosit yang berfungsi untuk mengikat oksigen dan menghantarkannya keseluruh sel jaringan tubuh.*sumber : (WHO,2011)*

2.2.2 Patofisiologi Anemia

Perubahan Hematologi dikarenakan adanya perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta. Volume plasma meningkat sekitar 45-65% dimulai pada trimester kedua pada kehamilan, dan maksimal terjadi pada trimester ketiga dan meningkat sekitar 1000 ml, dan menurun sedikit menjelang aterm serta normal kembali 3 bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasenta yang menyebabkan adanya peningkatan sekresi aldosteron. Stimulasi terjadi peningkatan 300-350 ml massa sel merah ini disebabkan oleh hubungan antara hormone maternal dan adanya peningkatan eritropoitin selama kehamilan.

Peningkatan volume plasma menyebabkan terjadinya hidremia atau hemodilusi pada kehamilan terjadi adanya penurunan hematocrit (20-30%), sehingga hemoglobin dari hematocrit lebih rendah secara nyata dari pada keadaan sebelum hamil. Hemoglobin dari hematocrit mulai menurun pada bulan ke 3-5 kehamilan, dan mencapai nilai terendah pada bulan ke 5-8. Cadangan zat besi pada wanita hamil mengandung 2 gram, sekitar 60-70% berada di dalam sel darah merah yang bersirkulasi, dan 10-30% adalah besi cadangan yang terutama terletak didalam hati, empedu, dan sumsum tulang. kehamilan membutuhkan zat besi sekitar 800-1000 mg untuk mencukupi kebutuhan yang terdiri dari:

- a. Terjadinya peningkatan sel darah merah membutuhkan 300-400 mg zat besi dan mencapai puncak pada 32 minggu kehamilan.
- b. Janin membutuhkan zat besi 100-200 mg.

c. Pertumbuhan plasenta membutuhkan zat besi 100-200 mg (Ibrahim dan Proverawati dalam Dharmayani, 2014)

2.2.3 Tanda dan Gejala Anemia

Awalnya penderita anemia karena defisiensi zat besi akan mengeluhkan rasa mudah lelah dan mengantuk. Keluhan lainnya adalah sakit kepala, tinitus, dan gangguan cita rasa. Kadangkala antara kadar hemoglobin dan gejala anemia terdapat korelasi buruk. Semakin meningkatnya intensitas defisiensi zat besi, penderita anemia defisiensi zat besi akan memperlihatkan gejala pucat pada konjungtiva, lidah, dasar kuku, dan palatum mole. Seseorang yang menderita anemia defisiensi zat besi yang sudah berlangsung lama dapat muncul gejala dengan ditemukannya atrofi papilaris pada lidah dan bentuk kukunya dapat berubah menjadi bentuk seperti sendok

Gejala Anemia adalah cepat lelah, pucat (kuku, bibir, gusi, mata, kulit kuku dan telapak tangan). Jantung berdenyut kencang saat melakukan aktivitas ringan, napas tersengal atau pendek, nyeri dada, pusing, mata berkunang-kunang dan tangan serta kaki dingin atau mati rasa. Sedangkan gejala anemia pada kehamilan yaitu ibu mengeluh cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan turun (anoreksia), konsentrasi hilang, napas pendek (pada anemia parah) dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda (*Briawan (2014)*).

2.2.4 Penyebab Anemia

Anemia dalam kehamilan yang disebabkan karena defisiensi besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Secara langsung anemia terutama disebabkan karena produksi/kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut atau menahun. Ada 3 penyebab anemia, yaitu:

A. Defisiensi zat gizi

Rendahnya asupan zat gizi baik hewani dan nabati yang merupakan pangan sumber zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah/eritrosit. Zat gizi lain yang berperan penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asam folat dan vitamin B12. Adanya penderita penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/AIDS, dan keganasan seringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan zat gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri. (Manuaba, dkk, 2011)

B. Perdarahan (Loss of blood volume)

Adanya Perdarahan karena kecacingan dan trauma atau luka yang mengakibatkan kadar Hb menurun. Perdarahan karena menstruasi yang lama dan berlebihan. (Manuaba, dkk, 2011).

C. Hemolitik

Perdarahan pada penderita malaria kronis perlu diwaspadai karena terjadi hemolitik yang mengakibatkan penumpukan zat besi (hemosiderosis) di organ tubuh, seperti hati dan limpa. dan Pada penderita Thalasemia, kelainan darah terjadi secara genetik yang menyebabkan anemia karena sel darah merah/eritrosit cepat pecah, sehingga mengakibatkan akumulasi zat besi dalam tubuh. (Manuaba, dkk, 2011).

2.2.5 Diagnosis Anemia pada kehamilan

A. Anamnesa

Untuk menegakkan diagnosis anemia pada kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual-muntah lebih hebat pada trimester pertama pada kehamilan. hemoglobin normalnya $>11 \text{ g\%}$, dan dinyatakan anemia ringan maka Hemoglobinnya $9-10 \text{ g\%}$, dan dinyatakan anemia ringan maka hemoglobinnya $7 \text{ g\%}$ dan anemia berat maka hemoglobinnya $<7 \text{ g\%}$ (Manuaba, dkk, 2010).

B. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan ibu Nampak lemah, kulit terlihat pucat, sementara tensi masih dalam batas normal, pucat pada membrane mukosa dan konjungtiva oleh karena kurangnya sel darah merah pada pembuluh darah kapiler serta terlihat pucat pada kuku dan jari tangan (Briawan, 2014)

C. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dilaboratorium dilakukan dengan menggunakan alat Hb (Hb Mission). hasil pemeriksaan Hb dapat digolongkan sebagai berikut diantara nya : Hb $11 \text{ g\%}$ tidak anemia, Hb $9-10 \text{ g\%}$ anemia ringan, Hb $7-8 \text{ g\%}$ anemia sedang, Hb $<7 \text{ g\%}$ anemia berat. (Manuaba, dkk, 2011).

D.Klasifikasi Anemia

Menurut mochtar (2013) Anemia diklasifikasikan menjadi empat yaitu :

a. Anemia defisiensi zat besi di definisikan sebagai rendahnya konsentrsi feritin serum <30 /mg/l. dimana kadar serum menurun, dengan gejala klinis timbul karena jumlah hemoglobin tidak adekuat untuk mengangkat oksigen ke jaringan tubuh. Dan terlihat pucat, fertigo, kelelahan, sakit kepala, depresi, takhikardi dan amenorhe. Anemia jenis ini biasanya berbentuk normositik dan hipokronik serta paling banyak dijumpai. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta (Manuaba, dkk, 2010).

Pada kehamilan relatif terjadinya anemia pada ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30-40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan hemoglobin ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g% (Manuaba, dkk, 2010).

b. Anemia Megaloblastik

Anemia ini biasanya berbentuk makrosistik/ pernisiiosa. Penyebabnya adalah karena kekurangan asam folat dan vitamin B12. Biasanya ditemukan pada ibu hamil yang tidak suka mengkonsumsi sayuran hijau. Pada wanita yang tidak hamil kebutuhan asam folat 50-100 μ g/hari. Kadar vitamin B12 wanita hamil lebih rendah dari wanita tidak hamil karena berkurangnya kadar protein pengikat yang mencakup haptokorin dan transkobalamin II, adapun pengobatan Anemia Megaloblastik yaitu dengan: asam folik 15-30 mg per hari, vitamin B12 3 $\times$ 1 tablet per hari, sulfas ferosus 3 $\times$ 1 tablet per hari, pada kasus berat dan pengobatan per oral hasilnya lamban sehingga dapat diberikan transfusi darah (Chunningham, 2012).

c. Anemia Hemolitik

Anemia Hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah yang baru. Pada sepertiga kasus anemia dipicu oleh obat atau zat kimia lain, infeksi, radiasi, leukemia, dan gangguan imunologis (Prawirohardjo, 2011).

d. Anemia Hipoplastik

Adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah yang baru (Prawirohardjo, 2010).

2.2.6 Dampak Anemia

Anemia dapat terjadi pada setiap ibu hamil, karena itulah kejadian ini harus selalu diwaspadai, karena dapat menyerang pada kehamilan, persalinan, nifas (Astarina, 2014)

A Dampak Anemia Terhadap Ibu

1. Bahaya Selama Kehamilan

Berikut adalah bahaya anemia selama kehamilan.

1. Abortus.
2. Persalinan prematur.
3. Hambatan tumbuh kembang janin dalam Rahim.
4. Ancaman dekompensasi kardis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$).
5. Perdarahan antepartum.
6. Ketuban pecah dini (KPD).

2. Bahaya saat Persalinan

Bahaya anemia saat persalinan adalah sebagai berikut.

1. Gangguan his.
2. Kala I memanjang.
3. Persalinan dengan tindakan yang disebabkan karena ibu cepat lelah.
4. Retensio plasenta.
5. Atonia uteri.

3. Pada Masa Nifas

Berikut adalah bahaya anemia pada masa nifas.

1. Subinvolusi.
2. Perlukaan sukar sembuh.
3. Infeksi puerperium.
4. Pengeluaran ASI berkurang.
5. Anemia masa nifas.
6. Infeksi mammae

B. Dampak Anemia Terhadap Janin

Berikut adalah dampak anemia terhadap janin

1. Asfiksia intrauterin sampai kematian.
2. IUFD.
3. BBLR.
4. Kelahiran dengan anemia.
5. Cacat bawaan.
6. Mudah terkena infeksi.
7. IQ rendah dan bahkan bisa mengakibatkan kematian. (Manuaba, 2011).

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi anemia pada ibu hamil:

A. Faktor Dasar

1. Sosial ekonomi

pada ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas. Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil (Nurhidayati, 2013).

2. Pengetahuan

Tingkatan pengetahuan ibu mempengaruhi perilakunya, makin tinggi pendidikan atau pengetahuannya, makin tinggi kesadaran untuk mencegah terjadinya anemia (Varney,dkk,2011)

3. 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 (Noverstiti,2012).

4. Pola konsumsi Fe

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

tablet besi (Fe) untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan dan nifas (Laba,jafar,dan Virani (2013).

5.Kepatuhan mengkonsumsi tablet besi

Anemia juga disebabkan karena tidak semua ibu hamil yang mendapatkan tablet besi meminumnya secara rutin sehingga menyebabkan ibu hamil kekurangan besi.Hal ini bahwa terdapat hubungan yang positif antara tingkat pengetahuan tentang anemia dengan tingkat kepatuhan bu hamil dalam mengonsumsi tablet tambah darah (Adianti,permanasari,dan julianti (2015).

6.Konsumsi sumber pangan protein hewani dan nabati

Ibu hamil yang menderita anemia disebabkan karena jaranganya mengonsumsi sumber pangan protein hewani.Protein hewani dapat ditemukan dalam daging, unggas, ikan, kerang, telur, dan produk susu dan olahannya. Protein nabati dapat ditemukan dalam tempe, oncom, dan kacang (Adianti, Permanasari, dan Julianti (2015).

7. Konsumsi sayuran

Ibu hamil yang menderita anemia disebabkan karena jarang mengonsumsi sayuran hijau dan ibu hamil yang anemia dikarenakan kurang mengonsumsi buah-buahan terutama buah yang mengandung vitamin A dan C, ibu hamil yang kurang mengonsumsi vitamin A dan C akan dapat menyebabkan anemia. Vitamin A berperan dalam mobilisasi zat besi dari hepar menuju plasma, sehingga apabila terjadi defisiensi vitamin A akan berakibat terjadinya gangguan mobilisasi zat besi dari hepar dan berakibat anemia, Sumber vitamin A terdapat pada kuning telur, ikan, dan hati. Sedangkan provitamin A atau karoten adalah wortel, labu kuning, bayam, kangkung, dan buah-buahan berwarna kemerah-merahan. Vitamin A yang dibutuhkan pada trimester III sekitar 200 mg/hari. Ibu hamil tidak dianjurkan mengonsumsi vitamin A dalam jumlah besar karena akan menjadi stimulator yang mengakibatkan teratogen, Vitamin C membantu penyerapan besi nonheme dengan mereduksi besi ferri menjadi ferro sehingga mudah diserap di dalam usus halus. Absorpsi besi nonheme meningkat empat kali lipat bila ada vitamin C. Ibu hamil membutuhkan vitamin C sebanyak 70 mg/hari. Sumber vitamin C adalah buah dan sayur segar, diantara lain jeruk, kiwi, pepaya, bayam, kol, brokoli, dan tomat (Laba, Jafar, dan Virani (2013)).

2.2.8 Pengaruh Anemia pada Ibu dan Janin

Anemia defisiensi besi dapat menyebabkan berkurangnya penyediaan oksigen ke dalam jaringan. Hal ini dapat mengakibatkan berbagai kelainan fungsional seperti gangguan kapasitas kerja, gangguan proses mental, gangguan imunitas, dan ketahanan infeksi, dan gangguan terhadap wanita hamil serta janin yang dikandungnya, Pengaruh terhadap ibu, dan dalam kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kardis ($Hb < 6 \text{ g\%}$), mola tidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan

antepartum, ketuban pecah dini (KPD). Sedangkan bahaya selama persalinan, ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama persalinan. Hal yang dapat terjadi adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat terjadi sangat lama, partus terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala III dapat diikuti dengan retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, dan pada kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder, Bahaya selama masa nifas, ibu hamil yang mengalami anemia akan terjadi gangguan selama nifas. Hal yang dapat terjadi adalah terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia pada masa nifas, mudah terjadi infeksi pada payudara, Bahaya Anemia terhadap janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibu, tetapi anemia akan mengurangi metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan seperti abortus, kematian intrauterine, persalinan premature yang tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, intelegensi rendah, bayi mudah terkena infeksi hingga menyebabkan kematian perinatal (Rochjati, 2011).

2.2.9 Penanganan Anemia dalam Kehamilan

Pemberian Fe untuk Pencegahan anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan suplementasi besi dan asam folat. WHO menganjurkan untuk memberikan 60 mg besi selama 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi selama kehamilan. Di wilayah dengan prevalensi anemia yang tinggi, dianjurkan untuk memberikan suplementasi sampai tiga bulan postpartum (Prawirohaedjo dalam Astarina, 2014).

Pemberian tablet besi merupakan salah satu pencegahan anemia. Pemerintah saat ini mulai melihat calon pengantin perempuan sebagai target. Mereka diberikan tablet tiap minggu selama 16 minggu ditambah 1 tablet tiap hari selama haid. Dosis mingguan ini ternyata cukup efektif dalam meningkatkan kadar hemoglobin (Asrtarina, 2014).

Mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi dapat menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil. konseling nutrisi sebaiknya menekankan pada pentingnya menambahkan makanan kaya zat besi, seperti sayuran berdaun hijau, kubis hijau, kuning telur, kismis, hati, tiram, daging berwarna merah, kurma dan kacang-kacangan (Manuaba, dkk, 2011).

Transfusi darah diindikasikan bila terjadi hipovolemia akibat kehilangan darah atau prosedur operasi darurat. Wanita hamil dengan anemia sedang yang secara hemodinamis stabil, dapat beraktifitas tanpa menunjukkan gejala menyimpang dan tidak septik, transfusi darah tidak diindikasikan tetapi diberi terapi besi selama setidaknya 3 bulan (Cunningham, 2012).

Mengonsumsi buah kurma 750 gram/hari selama 14 hari serta konsumsi tablet Fe. dapat meningkatkan kadar haemoglobin bagi yang mengkonsumsinya. Kurma seberat 750 gram mengandung 2,81 gram protein, 7,1 gram serat, kalsium 35 mg, karbohidrat 88,78 gram, vitamin C 0,4 mg dan zat besi 1,02 mg. zat besi merupakan komponen dari haemoglobin di dalam sel darah merah yang menentukan daya dukung oksigen darah dan membantu mengatasi anemia, macam-macam buah kurma diantaranya : Kurma Mejool, Ajwa, Hayani, Bahri, Safawi, Degletnor, Saghai, Sukkari, Khudri, Kholas, Zahidi, kemudian manfaat kurma selain mengatasi anemia meningkatkan kadar Hemoglobin, Kurma juga bermanfaat diantaranya : mampu menetralkan racun, mematikan sel-sel kanker, menguatkan saraf-saraf pendengaran, menguatkan saraf, melembutkan saluran darah, menjaga usus dari iritasi dan gangguan lainnya, menguatkan gigi dan tulang, menjaga vitalitas, memudahkan proses kelahiran dan kurma juga mempunyai efek samping diantaranya : Perut Kembung, Kram Perut, Sembelit, Sering buang gas, diabetes, Diare (Sugita, 2020)

2.3 Konsep Buah Kurma

2.3.1 Definisi Buah Kurma

Buah kurma Buah merupakan produk dari pohon palem kurma yang masuk dalam keluarga Arecaceae. Pohon kurma merupakan salah satu tanaman tertua yang masih terpelihara di dunia, hasil panen dari pohon kurma ini sebagian besar menjadi sumber penghasilan di wilayah Afrika Utara dan Timur Tengah, meskipun pohon kurma juga tumbuh di beberapa wilayah di dunia. Produksi kurma di dunia mengalami peningkatan hampir tiga kali lipat dari 40 tahun lalu yang mencapai 7,68 juta ton pada tahun 2010. Kurma memiliki berbagai macam nutrisi penting yang bermanfaat sebagai obat untuk beberapa penyakit (Parvin, 2015).

2.3.2 Komposisi Kurma

A. Karbohidrat

Komponen penyusun buah kurma sebagian besar merupakan gula pereduksi glukosa dan fruktosa yang mencapai sekitar 20-70% (bobot kering) diikuti gula non-pereduksi sukrosa yang berkisar 0 - 40%. Gula pereduksi artinya gugus gula yang berfungsi sebagai reduktor, pendonasi elektron dalam reaksi kimia redoks (reduksi-oksidasi). Gula pereduksi umumnya terdiri dari gugus monosakarida, atau gugus-gugus gula dengan panjang rantai sebanyak enam karbon dengan konformasi yang berbeda-beda. Sukrosa sendiri merupakan gugus disakarida yang terbentuk dari dua buah monosakarida, glukosa dan fruktosa, juga dikenal sebagai gula pasir yang umum dikonsumsi. Komposisi gula pada buah kurma sangat tergantung dari jenis kultivar dan tingkat kematangannya. Di dalam tubuh, pencernaan kita bergantung kepada dua konsep utama: proses pencernaan asam di lambung dan proses pencernaan basa di usus dua belas jari. Serat larut artinya adalah komponen karbohidrat yang dapat larut dalam salah satu proses pencernaan, asam atau basa. Buah kurma diketahui mengandung komponen serat larut (dietary fiber) yang berkisar antara 9-13% bergantung kepada kultivar dan asal tumbuhnya. Kandungan serat kasar (crude fiber) di dalam buah kurma berkisar 2.5-4.3% pada tingkat kematangan rutab dan tamr. Secara umum, semakin matang buah kurma, kadar glukosa dan fruktosa akan semakin meningkat dan kadar serat kasar cenderung menurun. Kadar sukrosa dan serat larut cenderung stabil pada semua tingkat kematangan, kecuali pada tahapan khalal (kadar

sukrosa akan meningkat) disebabkan karena pembentukan daging buah terjadi dengan pesat (Rahmadi,2010)

B.Kalori dan GI (Glycemix Index)

Jumlah asupan kalori rata-rata untuk satu buah kurma (8.3g) adalah 23 kalori atau 1,3– 1,8 kali lebih banyak dibandingkan gula tebu dengan bobot yang sama. Studi indeks glisemik (glycemix index, GI) dari buah kurma memberikan pengetahuan baru yang cukup signifikan dibandingkan apa yang terangkum di dalam tulisan terdahulu saya. Dalam versi pembaharuan disebutkan bahwa nilai GI dari buah kurma tamr dan rutab berada pada kisaran 30-60jika dikonsumsi sebanyak 60g (sekitar 7 butir ukuran besar). Nilai ini sama dengan nilai GI sukrosa (50g) yang umum dijumpai pada gula tebu. Akan tetapi bila dibandingkan dengan dekstrosa, nilai GI dari buah kurma hanya sekitar 30-60% dari dekstrosa (50g). Daya serap tubuh terhadap dekstrosa lebih cepat dibandingkan daya serap tubuh terhadap kurma. Respons terhadap asupan gula dari buah kurma, diukur dari peningkatan kadar gula darah, akan berada pada titik maksimum berkisar antara 20 hingga 40 menit sejak dikonsumsi. Profil asupan glukosa murni cenderung sama dengan buah kurma hingga menit ke-20, namun akan terus meningkat dan menyentuh angka maksimum setelah 40 menit pasca konsumsi dikarenakan indeks GInya lebih tinggi. Titik puncak kadar gula darah untuk konsumsi buah kurma sebanyak 50g adalah 150mg/dL sementara untuk glukosa murni dapat mencapai 165mg/dL dengan jumlah konsumsi sama(Rahmadi, 2010).

C.Mineral

Mineral yang terkandung dalam kurma adalah kalsium, fosfor, kalium, belerang, khlor, magnesium, besi, mangan, tembaga, koblat, seng, khrom, yodium dan flor. Kandunga besi yang terkandung dalam kurma per 100 gram buah kering dari varietas tertentu mampu memenuhi kebutuhan zat besi manuasia per hari dalam semua situasi. Kurma merupakan suplemen zat besi yang sangat praktis untuk kasus anemia pada masa anak-anak, pada saat hamil dan pada kasus haemorrhages yang timbul akibat mentruasi, parturition atau . Mengkonsumsi kurma jauh lebih baik daripada mengkonsusmsi suplement zat besi dalam bentuk tablet yang bisa menimbulkan efek saming seperti mual, sakit kepala, dan kehilangan nafsu makan. Disamping itu zat besi dalam kurma jauh lebih mudah diserap oleh tubuh dikarenakan adanya glukosa, fruktosa, dan vitamin C dalam kurma yang masing-masing telah diketahui dapat membantu absorbsi zat besi didalam tubuh (Rahmadi,2010)

D.Vitamin

Golongan vitamin yang terdapat dalam kurma adala thiamin atau vitamin B1, ribiflavin atau vitamin B2, biotin, asam folat atau folacin, asam ascorbat atau vitamin C, pro-vitamin A(bta coratene), nicotinamide, retinol equivalent, asam pantotenat dan vitamin B6. Dalam 100 gram kurma kering terkandung vitamin A 90 IU, tiamin 93 mg, riboflavin 114 mg, niasin 2 mg dan kalium 667 mg. kurma juga mengandung zat gizi lainnya diantaranya adala protein 20% dan lemak 3% (Al Cidadapi, 2016).

2.3.3 Macam-Macam Kurma

1. Kurma Mejool
2. Kurma Ajwa
3. Kurma Hayani
4. Kurma Bahri
5. Kurma Safawi
6. Kurma Degletnor
7. Kurma Saghai
8. Kurma Sukkari
9. Kurma Khudri
10. Kurma Kholas
11. Kurma Zahidi

2.3.4 Manfaat Konsumsi Kurma

Kurma memiliki banyak manfaat apabila dikonsumsi secara rutin, hal ini dikarenakan dalam buah kurma terdapat banyak mineral dan nutrisi lain yang dibutuhkan tubuh diantaranya adalah :

1. mampu menetralkan racun
2. mematikan sel-sel kanker
3. menguatkan saraf-saraf pendengaran
4. menguatkan saraf
5. melembutkan saluran darah,
6. menjaga usus dari iritasi dan gangguan lainnya

7. menguatkan gigi dan tulang
8. menjaga vitalitas
9. memudahkan proses kelahiran
10. mengatasi anemia
11. penghilang rasa sakit
12. menurunkan demam (Al Cidadapi,2016)

2.3.5 Efek samping mengkonsumsi kurma

1. Perut Kembung
2. Kram Perut
3. Sembelit
4. Sering buang gas
5. diabetes
6. Diare (Al Cidadapi,2016)

2.3.6 Konsep Kurma Untuk Meningkatkan Hemoglobin

Mengkonsumsi kurma secara rutin akan membantu menjaga tubuh gangguan kesehatan. Kurma yang kaya akan zat besi dapat meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah. Selain zat besi kandungan protein, karbohidrat, dan lemak pada kurma dapat membantu proses sintesis hemoglobin. Karbohidrat dipecah menjadi

monosakarida kemudian menjadi glukosa. Glukosa sebagai bahan bakar utama metabolisme akan mengalami glikolisis (pemecahan) menjadi 2 piruvat dan menghasilkan energi berupa ATP dan masing-masing dari piruvat tersebut dioksidasi menjadi suksinil CoA. Lemak berantai panjang diubah menjadi asilkarnitin dan

menembus mitokondria yang selanjutnya dioksidasi menjadi suksinil CoA. Semua hasil metabolisme dari karbohidrat dan lemak yang diproses melalui lintasan metaboliknya masing-masing menjadi suksinil CoA dan selanjutnya bersama glisin akan membentuk portoporfirin melalui serangkaian proses porfirinogen. Portoporfirin yang terbentuk selanjutnya bersama heme dan protein globin membentuk hemoglobin.

Dalam Jurnal penelitian yang berjudul Pengaruh Konsumsi buah kurma terhadap peningkatan kadar hemoglobin pada ibu hamil trimester III dengan anemia diberikan pemberian 7 butir buah kurma sebesar (750 gram) dikonsumsi perhari selama 14 hari memiliki rata-rata kenaikan kadar hemoglobin sebesar 1,10 gr% yang signifikan antara pemberian buah kurma dengan ibu hamil yang berisiko Anemia (Sugita, 2020).

Justifikasi pemberian buah kurma Ada Macam-macam buah kurma diantaranya kurma medjool, kandungan kurma medjool diantaranya zat besi 0,9 mg, gula 66,5 gr, protein 1,181 gr, serat 6,7 gr, kalsium 64 gr, magnesium 54 gr, kemudian yang kedua ada kurma bahari, kandungan kurma bahari diantaranya zat besi 2 mg, protein 0,8 gr, serat 3,2 gr, karbohidrat 36 gr, kemudian yang ke 3 ada kurma deghelethor, kandungan kurma deghelethor diantaranya zat besi 2 mg, karbohidrat 75 gr, protein 2,5 gr, mineral 655.94 mg, magnesium 43.01 mg, kemudian ada kurma Ajwa, kandungan kurma ajwa diantaranya mengandung zat besi yang sangat tinggi 13,7 mg, energy sebanyak 251 kkal, 18,27 air, vitamin A 90 IU, Protein 2,81 gram, vitamin B1 0,046 mg, Karbohidrat 66,78 gram, Vitamin B2 0,059 mg, Serat 7,1 gram, Vitamin B3 1,134 mg, Gula 56,38 gram, Vitamin B5 0,525 mg, Total Lemak 0,35 gram, Vitamin

B6 0,147 mg, Lemak Jenuh 0,0028 gram, Vitamin B9 17mcg, MUFA 0,0032 gram, PUFA 0,017, Vitamin C 0,4 mg, Vitamin E 0,04 mg, Vitamin K 2,4 mcg, Kalsium 35 mg, Beta Karoten 5 mcg, Magnesium 38 mg, fosfor 55 mg, Kalium 484 mg, lutein dan zeaxantin 67 mcg, sodium 2 mg dan seng 0,26 mg, (Menurut Eny, dkk, 2016), maka dari Justifikasi kurma ajwa lebih cepat untuk menaikkan kadar hemoglobin dikarenakan buah kurma ajwa mengandung zat besi 13,7 mg maka dari itu diberikan intervensi pada ibu hamil multigravida dengan usia kehamilan 32 minggu yang mengalami anemia ringan dengan kadar hemoglobin 10,8 gr/dl dengan mengkonsumsi buah kurma ajwa 750 gram, dikonsumsi sebanyak 7 butir buah kurma/hari selama 14 hari, karena buah kurma mengandung zat besi yang sangat tinggi 13,7 mg, selain itu kurma ajwa juga mengandung vitamin A dan vitamin B yang diperlukan tubuh dalam memproduksi hemoglobin dalam sumbu tulang belakang selama 14 hari serta konsumsi tablet Fe dapat meningkatkan kadar haemoglobin bagi ibu hamil, kemudian selain diberikan buah kurma pada ibu hamil dengan perbandingan dengan sari kacang hijau mengandung zat besi 3 mg, kemudian hati mengandung zat besi 6,5 mg, kemudian ada sayuran berwarna hijau mengandung zat besi 3,5 mg, kemudian ikan mengandung zat besi 1,4 mg maka dari itu dari beberapa perbandingan kurma ajwa lebih cepat untuk menaikkan kadar hemoglobin dikarenakan kurma ajwa lebih cepat penyerapan zat besi mengandung zat besi sangat tinggi 13,7 mg, vitamin C, vitamin A, Vitamin B, tannin dan flavonoid selama 14 hari, maka pemberian buah kurma efektif/signifikan pada kenaikan kadar hemoglobin.

Maka dari itu berdasarkan peneliti ibu hamil multigravida dengan usia 32 minggu dengan kadar haemoglobin 10,8 gr% diberikan intervensi pemberian buah kurma ajwa yang mengandung zat besi yang sangat tinggi dikonsumsi 7 butir buah kurma ajwa dikemas dalam 1 kemasan primer (berat 750 gram). Lama waktu pemberian buah kurma dilaksanakan setiap 14 hari (2 minggu) sekali selama periode kehamilan bagi masing-masing ibu dengan jumlah pemberian 1 box, pemantauan kadar hemoglobin ibu hamil akan dilakukan setelah 14 hari pemberian buah kurma yang akan dipantau oleh peneliti setelah di cek kadar hemoglobin memiliki rata-rata kenaikan kadar hemoglobin sebesar 1,10 gr% yang signifikan antara pemberian buah kurma dengan ibu hamil yang berisiko Anemia (Sagita,2020).

2.4 Konsep persalinan

2.4.1 Definisi Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Rukiyah, 2016).

2.4.2 Tanda-tanda persalinan

A. Tanda Pemulaan Persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki ibulannya atau minggunya atau harinya yang disebut kala pendahuluan (preparatory stage of labor) (Sulistyawati,217). Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. pada multipara tidak begitu terlihat, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan (Sulistywati, 2017)
2. Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri menurun.
3. Perasaan sering-sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus (false labor pains).
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show) (Padila, 2014).

B. Tanda in-partu :

1. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
3. Dapat disertai ketuban pecah dini.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan terjadi pembukaan serviks (Padila, 2014).

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Menurut Simkim (2010) dan Manuaba (2010) persalinan normal ditentukan oleh 5 faktor utama yaitu :

A.Tenaga atau kekuatan (Power)

His (kontraksi uterus), kontraksi otot dinding perut, kontraksidiafragma pelvis, ketegangan, kontraksi ligamentum rotundum, efektivitas kekuatan mendorong dan lama persalinan.b. Janin (Passanger)Letak janin, posisi janin, presentasi janin, dan letak plasenta.

B.Jalan Lahir (passage)

Ukuran dan tipe panggul, kemampuan serviks untuk membuka,kemampuan kanalis vaginalis dan introitus vagina untuk memanjang.

C.Kejiwaan (psyche)

Persiapan fisik untuk melahirkan, pengalaman persalinan,dukungan orang terdekat dan integitas emosional.

D. Penolong

Kesiapan alat dan tenaga medis yang akan membantu jalannya persalinan (Padila, 2014).

2.4.4 Tahap - Tahap Persalinan

1. Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

a. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat

dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Mochtar, 2013). Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali (Mochtar, 2013).

b. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.

1..Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.

2.Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.

3.Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Mochtar, 2013).

Penatalaksanaan Kala I

Menurut (Mochtar, 2013). yaitu memberitahu ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada kontraksi atau his, mengatur posisi yang nyaman untuk ibu,

menganjurkan ibu untuk makan dan minum, dan memberikan dukungan mental kepala ibu serta melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan pemantauan kesejahteraan janin (Mochtar, 2013).

2.Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba, dkk, 2010).meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Prawirohardjo, 2010)

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu,massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi (Prawirohardjo, 2010)

3.Kala III (Pelepasan uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan

penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir (prawirohardjo,2010).

4.Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

a.Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.

b. Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.

c.Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.

d.Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam (Manuaba,2010).

A.Nyeri Persalinan

Nyeri adalah rasa tidak enak akibat perangsangan ujung-ujung saraf khusus. Selama persalinan dan kelahiran persalinan dan kelahiran dan pervaginam, nyeri disebabkan oleh kontraksi rahim,dilatasi servik dan distensi perineum.

Faktor-faktor yang mempengaruhi rasa nyeri dalam persalinan (Rukiyah, 2016) :

1.Salah satu kebutuhan wanita dalam persalinan adalah keringanan rasa sakit, cara yang dirasakan oleh individu dan reaksi terhadap rasa sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- A. Rasa takut atau kecemasan akan meninggikan respon individual terhadap rasa sakit. Rasa takut terhadap hal yang tidak diketahui, rasa takut terhadap hal yang tidak diketahui, rasa takut ditinggalkan sendiri pada saat proses persalinan (tanpa pendamping) dan rasa takut atas kegagalan persalinan dapat meningkatkan kecemasan. Pengalaman buruk persalinan yang lalu juga akan menambah kecemasan.
- B. Kepribadian ibu berperan penting terhadap rasa sakit, ibu yang secara alamiah tegang dan cemas akan lebih lemah dalam menghadapi stress dibanding wanita yang rileks dalam reaksi rasa sakit. bebrapdan percaya diri.
- C. Kelelahan ibu yang sudah lelah selama beberapa jam persalinan, mmungkin sebelumnya sudah terganggu tidurnya oleh ketidaknyamanan dari akhir masa kehamilannya dan akhir masa kehamilannya akan kurang mampu akan kurang mampu mentolerir rasa sakit.
- D. Faktor sosial dan budaya juga berperan penting dalam reaksi sakit. Beberapa budaya mengharapkan stocisme (sabar dan membiarkannya) sedang budaya lainnya mendorong keterbukaan untuk menyatakan perasaan.
- E. Pengharapan akan memberi warna pada pengalaman. Wanita yang realistis dalam pengharapannya mengenai persalinannya dan tanggapannya terhadap hal tersebut mungkin adalah persiapan yang terbaik sepanjang ia merasa percaya diri bahwa ia akan menerima pertolongan dan dukungan yang diperlukannnya dan yakin bahwa ia akan menerima pertolongan dan dukungan yang diperlukannya dan yakin bahwa ia akan menerima analgesic yang sesuai (Rukiyah, 2016).

2.5 Konsep Nifas

2.5.1 Definisi Nifas

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

2.5.2 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokea.

Tabel Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa

Involusi

Sumber : Widyasih,dkk (2013).

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram

3.	1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
4.	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
5.	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6.	8 minggu	Sebesar normal	30 ram

2. Perubahan lokea

Lokea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lokea berubah: lokea rubra, serosa, atau alba. Pada awalnya, lokea merah, lokea ini secara bertahap berubah menjadi merah muda ketika endometrium terbentuk dan menjadi serosa pada minggu kedua (Widyasih, dkk (2013))

Menurut Widyasih, dkk (2013) membagi lokea menjadi 4 jenis yaitu :

- A. Lokea rubra berisi darah segar berwarna kemerahan. Terjadi selama 1- 3 hari pasca persalinan
- B. Lokea Sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender umumnya terjadi pada hari ke-4 sampai ke-7 pasca persalinan.
- C. Lokea serosa berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah. Terjadi pada hari ke-8 sampai ke-14 pasca persalinan.
- D. Lokea alba merupakan cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu persalinan.

3. perubahan Vagina dan perineum

Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Perineum Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonus-nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2009). perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Sulistyawati, 2009).

4. Perubahan Payudara

Wanita yang menyusui merespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, kemerahan atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi dan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda – tanda mastitis potensial(Sulistywati,2016)

5. Perubahan hematologi

Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah. Kadar ini dipengaruhi oleh status hidrasi wanita saat itu, volume cairan yang ia dapat selama persalinan, dan reduksi volume darah total normal wanita dari peningkatan kadar volume darah selama kehamilan.

6. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum(Sulistyawati, 2016).

7. Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma, pelvis, serta fasia yang meregang pada saat persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu (Sulistyawati, 2016).

8. Perubahan sistem endokrin

A. Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalina. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

B. Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Sulistyawati, 2016).

C.Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama bersift anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone (Sulistywati,2016)

D.Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009).

9.Perubahan tanda vital

A.Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit (37,5o-38o C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa (Sulistywati,2016)

B.Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi (Sulistywati,2016)

C.Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena perubahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi post partum (Sulistywati,2009)

D. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Sulistyawati, 2009).

10. Perubahan sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi (Padila, 2014).

E. Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

A. Periode "Taking In" (Padila, 2014)

1. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
2. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
3. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
4. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
5. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu.

B. Periode "Taking Hold" (Padila, 2014)

1. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
2. Ibu menjadi perhatian kepada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
3. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsinya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
4. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan keperawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
5. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
6. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan terjadi.
7. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi.

C. Periode "Letting Go" (Padila, 2014)

1. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu yang diberikan oleh keluarga.
2. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung kepadanya.
3. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

F. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2010), pada masa pasca persalinan seorang ibu membutuhkan.

1. Informasi dan konseling, meliputi :

A. Perawatan bayi dan pemberian ASI

Ibu yang memberikan ASI secara dini lebih sedikit akan mengalami masalah dengan menyusui (Prawirohardjo, 2010).

B. Apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul Bidan memberikan informasi lengkap mengenai perubahan fisiologis pada pascapartum dan tanda – tanda bahayanya sehingga ibu dapat segera menghubungi fasilitas kesehatan terdekat.

C. Kesehatan pribadi, hygiene, dan masa penyembuhan, untuk mencegah infeksi luka pada perineum, ibu disarankan untuk menggunakan celana dalam dari bahan katun, menghindari penggunaan celana ketat dan celana panjang serta mengganti pembalut secara rutin.

D. Kehidupan seksual Kebutuhan informasi dan konseling tentang kehidupan seksual dan kontrasepsi merupakan salah satu pertanyaan yang banyak diajukan pada masa pascapersalinan (Prawirohardjo, 2010).

E.Kontrasepsi

Selama masa perawatan pascapersalinan ibu memerlukan konseling penggunaan kontrasepsi. Bila ibu menyusui secara maksimal (8 – 10 kali sehari), selama 6 minggu ibu akan mendapatkan efek kontrasepsi dari Lactational Amenorrhea(LAM). Setelah 6 minggu diperlukan kontrasepsi alternative seperti penggunaan pil progestin, injeksi DMPA, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR-IUD), atau metode barrier seperti diafragma atau kondom (Prawirohardjo, 2010).

F.Nutrisi

Status nutrisi pada masa remaja, kehamilan, dan laktasi memiliki dampak langsung pada kesehatan maternal dan bayi selama masa nifas. Intake nutrisi pascapersalinan harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama menyusui (Prawirohardjo, 2010).

2.Dukungan dari petugas kesehatan, kondisi emosional dan psikologi

suami dan keluarga. Pada masa nifas sangat diperlukan adaptasi psikologis ini dimana ibu mulai menyadari bahwa ia memiliki bayi dan harus mulai bersikap sebagai seorang ibu (Widyasih, dkk, 2013).

3. Pelayanan kesehatan untuk kecurigaan dan munculnya tanda terjadi komplikasi.

Salah satunya gangguan rasa nyeri pada ibu nifas yang sering menimbulkan ketidaknyamanan selama masa nifas. Gangguan rasa nyeri ini salah satunya kram perut yang disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi secara terus menerus pada uterus yang banyak terjadi pada multipara (Widyasih, dkk, 2013).

G.Kebijakan Program Kunjungan Ibu Nifas

Masa pascapersalinan merupakan masa penting dan berkebutuhan khusus, sehingga membutuhkan pendampingan dan pelaksanaan secara tepat dari tenaga kesehatan yang berwenang. Pendampingan kunjungan nifas bisa dilakukan bidan baik di fasilitas kesehatan dasar maupun ujungan rumah. Pemantauan kunjungan ini bertujuan untuk memantau keadaan ibu nifas sehingga terhindar dari masalah dan komplikasi pasca persalinan. Kunjungan nifas menurut program Pemerintah dilakukan sebanyak 4 kali yaitu:

1.6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)

2.6 hari setelah persalinan

3.2 minggu setelah persalinan

4.6 minggu setelah persalinan (Kemenkes RI, 2013).

A.Konsep Bayi Baru Lahir atau neonatus

1.Definisi Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan in tra uterin ke kehidupan ekstraatern. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi (Padila,2014).

2.Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain :

- a.Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0-7 hari setelah lahir.
- b.Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir (Walyani, 2015).

3.Pertumbuhan dan perkembangan Usia Neonatal

A.Sistem Pernafasan

Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dan pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat terpotong).Pernafasan bayi di hitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal.Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 kali permenit (Prawihardjo,2016)

B.Jantung dan Sistem Sirkulasi

Setelah bayi lahir baru akan berkembang yang mengakibatkan tekanan antreol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan jantung kanan. Kondisi tersebut menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, sehingga secara fungsional foramen ovale menutup.Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran.Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-160 kali/menit saat tidur.

C. Saluran Pencernaan

Pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupamekonium (zat berwarna hitam kehijauan). Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatal nampaknya sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan/minum (Prawihardjo,2016)

D.Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadarprotein dan penurunan kadar lemak dan glikogen (Prawihardjo,2016)

E.Metabolisme

BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5°C - 37°C (Prawihardjo,2016)

F.Kulit

Kulit neonatal yang cukup bulan biasanya halus, lembut dan padat dengan sedikit pengelupasan, terutama pada telapak tangan, kaki dan selangkangan.Kulit biasanya dilapisi dengan zat lemak berwarna kekuningan terutama di daerah-daerah lipatan dan bahu yang disebut vernik kaseosa.g. Imunologi Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang dan juga memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Pada bayi barui lahir hanya terdapat gamaglobulin G yang didapat dari ibu melalui plasenta. Akan tetapi, bila ada infeksi melalui plasenta reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A, G, dan M. Bayi baru lahir memiliki perilaku atau refleks. Beberapa refleks primitif yang terdapat pada neonatal antara lain:

- 1.Reflek kedipan, merupakan respon terhadap cahaya terang yang mengindikasi normalnyasaraf optik.

2. Reflek menghisap (rooting refleksi) merupakan reflek bayi yang membuka mulut atau mencari puting susu. Apabila diberi rangsangan pada ujung mulut kepala akan menoleh ke arah rangsangan.

3. Sucking reflex, yang dilihat pada saat bayi menyusu.

4. Tonic neck reflex, letakkan dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstermitas pada sisi lain fleksi.

5. Reflek menggenggam (grasping refleksi) dengan perlakuan bila telapak tangan dirangsang akan memberi reaksi seperti menggenggam.

6. Reflek moro dengan perlakuan bila diberi rangsangan yang mengejutkan atau spontan akan terjadi reflek lengan dan tangan terbuka serta kemudian diakhiri dengan adduksi lengan.

7. Reflek berjalan (walking refleksi) dengan perlakuan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya ditekankan pada satu bidang datar, maka bayi akan melakukan gerakan melangkah seolah-olah berjalan.

8. Babinsky refleksi apabila diberi rangsangan atau digores pada sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian akan ada gerakan jari sepanjang telapak tangan (Walyani, 2015).

4. Kunjungan neonatal

Menurut Sudarti (2010), perencanaan pada neonatus, meliputi:

1.Kunjungan I (6-24 jam)

A.Menjaga kehangatan bayi.

B.Membantu memberikan ASI.

C.Memberikan KIE kepada ibu cara merawat kebersihan bayi terutama tali pusat.

2.Kunjungan II (umur 4-7 hari)

A.melakukan observasi TTV, BAB, dan BAK untuk Mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.

B. Mengevaluasi pemberian nutrisi, yaitu pemberian ASI.

C.Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya pada neonatus.

D.Menjadwalkan kunjungan ulang neonatus untuk mengevaluasi keadaan bayi dan menjadwalkan program imunisasi.

3.Kunjungan III (umur 8-28 hari)

A.Observasi TTV, BAB, dan BAK untuk Mencegah terjadinya tanda bahaya neonatus.

B.Memberikan imunisasi BCG untuk memberikan kekebalan tubuh bayi terhadap virus tuberculosis.

C.Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda bahaya pada neonatus .

D.Menjadwalkan kunjungan ulang neonatal untuk mengevaluasi keadaan bayi dan menjadwalkan imunisasi selanjutnya.

5.Kondisi-kondisi Kegawatdaruratan Neonatus

A.Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin.Untuk mengukur suhu tubuh hipotermia diperlukan thermometer ukuran rendah (low reading thermometer) sampai 25°C (Wahyani,2015)

B.Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas (Wahyani,2015)

C.Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah suatu kondisi di mana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Disebabkan oleh diabetes mellitus karena kadar insulin yang rendah atau oleh resistensi insulin pada sel (Wahyani,2015).

D.Tetanus Neonaturum

Tetanus Neonaturum adalah penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir yang disebabkan oleh basil klotridium tetani (Wahyani,2015)

2.6.6 Asuhan segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran .Segera setelah bayi lahir tanpa menunggu nilai apgar, langsung melakukan 4 penilaian awal. Sementara untuk menit pertama dan kelima menurut Fraser dan Cooper (2010), menggunakan nilai APGAR.

Dari hasil pemeriksaan Apgar, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir dengan nilai 7-10 tergolong normal, nilai 4-6 tergolong asfiksia sedang-ringan, dan nilai 0-3 tergolong asfiksia berat (Prawirohardjo, 2010).

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir sebagai berikut :

1. Pencegahan Kehilangan Panas
2. Pembersihan Jalan Napas
3. Memotong dan Merawat Tali Pusat
4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian Nutrisi
5. Identifikasi
6. Injeksi Vitamin K
7. Pemberian Salep Mata
8. Pemberian Imunisasi
9. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik.

1. Waktu Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Adapun waktu pemeriksaan BBL menurut Kemenkes, (2010) adalah sebagai berikut: setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam), pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1), pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2), pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3) (Prawirahrdjo, 2016)

2.7 Konsep Keluarga berencana

2.7.1 Definisi Keluarga berencana

KB adalah suatu program yang direncanakan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011).

2.7.2 Tujuan Program KB

- A. Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu rapat (minimallah 2 tahun setelah melahirkan).
- B. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- C. Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan balita.
- D. Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga (Sulistiywati, 2017)

2.7.3 Manfaat Keluarga Berencana

- A. Menurunkan risiko terjadinya kanker rahim dan kanker serviks.
- B. Menurunkan angka kematian maternal.
- C. Menghindari kehamilan yang tidak diinginkan.

D.Dapat meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

E.Mencegah penularan penyakit berbahaya.

F. Lebih menjamin tumbuh kembang janin.

G.Dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga.

H.Tendidikan anak lebih terjamin.

I.Dapat menentukan kualitas sebuah keluarga (Sulistywati,2017)

2.7.4 Jenis-jenis kontrasepsi

A.Kontrasepsi tanpa menggunakan alat (Sulistywati,2017) :

1.Senggama terputus yaitu suatu cara yang di lakukan untuk menekan angka kelahiran dengan cara melakukan trik pada saat senggama, yaitu dengan cara mengeluarkan alat kelamin pada saat puncak senggama.

2.Dengan menggunakan sistem kalender, yaitu dengan cara tidak melakukan persetubuhan atau senggama pada saat sang istri sedang dalam masa subur.

B..Kontrasepsi dengan menggunakan alat (Sulistywati,2017) :

1.Kondom, merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk kantung yang terbuat dari karet tipis maupun latek yang tidak berpori.

2.Diafagma, yaitu alat kontrasepsi yang di gunakan oleh wanita pada saat berhubungan badan, alat ini berbentuk bulat cembung dan terbuat dari karet tipis (lateks)

3.KB suntik jenis kontrasepsi ini di bedakan menjadi dua :

A.Suntikan 1 bulan, yaitu suntikan hormon yang di lakukan dalam jangka waktu sebulan sekali yang berrupa depo medroksprogesteron asetat sebanyak 25 ml dan asestradiol sipionat sebesar 5 ml.

B..Suntikan 3 bulan, yaitu sejenis kontrasepsi yang di lakukan dengan jalan menyuntikan hormon pada wanita dalam waktu 3 bulan sekali (Sulisttywati,2017)

4.KB pil merupakan sejenis alat kontrasepsi yang berbentuk pil untuk di minum (Sulisttywati,2017)

Adapun jenis- jenis dari Kb pil ini antara lain :

A.Pil kombinasi atau gabungan,yaitu dalam tiap butirnya, pil ini mengandung jenis hormon yaitu hormon estrogen dan hormon progestin. Pil kombinasi ini di bedakan dalam tiga jenis yaitu:a) Monofasik, trsedia dalam kemasan 21 tablet yang baik yang mengandung hormon aktif (estrogen dan prosgestin).

B.Bifasik tersedia dalam 1 tablet yang mengandung hormon aktif dengan dosis yang berbeda, dengan 7 tablet yang tanpa hormon aktif.

C.Trifasik, tersedia dalam kemasan 21 tablet yang mengandung hormon aktif dalam 3 dosis yang berbeda.

D.Pil khusus (pil mini), yaitu pil Kb yang mengandung progestin sintesis yang bertujuan untuk mengubah mukos pada leher rahim sehingga pengangkutan sperma menjadi terganggu.

5.Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau yang juga di kenal dengan intra uterin device (IUD)merupakan alat kontrasepsi berbentuk spiral yang terbuat dari bahan polyethelene.

A.Kontrasepsi implan atau yang sering di sebut sebagai alat kontrasepsi bawah kulit, karena alat ini di pasang di bawah kulit lengan atas, yaitu dengan jalan di susupkan atau di selipkan di bawah kulit lengan atas bagian dalam.

6.Kb Implan

Implan adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Sulistywati,2017)

A.Keuntungan

- 1.Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.
- 2.Dapat digunakan untuk jangka waktu yang panjang 5 tahun dan bersifat reversibel.
- 3.Efek kontraseptif akan berakhir setelah implannya dikeluarkan.
4. Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah.
- 5.Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan pemakaian alat kontrasepsi dalam Rahim (Sulistywati,2017).

B.Kerugian

1. Susuk/KB harus dipasang dan diangkat oleh tenaga kesehatan yang terlatih.
2. Lebih mahal.
3. sering timbul perubahan pola haid.
- 4.Akseptor tidak dapat menghentikan implan sekehendaknya sendiri (Sulistywati,2017)
- 7.Kontrasepsi tubektomi, merupakan tindakan sterilisasi pada kedua saluran telur wanita yang dapat mengakibatkan tidak akan dapat keturunan lagi di kemudian hari (Sulistywati,2017)

A.Kontrasepsi fasektomi, yaitu kebalikan dari kontrasepsi tubektomi, di mana objek pensterilan adalah laki- laki yang di lakukan dengan tujuan untuk menghambat transportasi sperma (Sulistiywati,2017)

8.Metode Keluarga Berencana

Salah satu peran penting bidan adalah untuk meningkatkan jumlah penerimaan jumlah penerimaan dan kualitas metode KB pada masyarakat. Sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan bidan, metode KB yang dapat dilaksanakan adalah metode sederhana (kondom, pantang berkala, pemakaian spermisid, senggama terputus), metode kontrasepsi (MKE) (hormonal, (suntik KB dan susuk KB), AKDR), metode MKE kotap dapat dilaksanakan) (Manuaba dkk, 2010).

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alatkontrasepsi dalam rahim.

A. AKDR Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Affandi (2012) IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang :

1.Cara kerja IUD

menurut Affandi (2012) antara lain :Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri,

mencegah sperma dan ovum bertemu dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2.Keuntungan IUD antara lain :Dapat segera efektif setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, Tidak mempengaruhi kualitas dan volume Air Susu Ibu, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), kembalinya kesuburan sangat tinggi segera setelah dilepas, tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi, metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang (Affandi, 2012).

Menurut Affandi (2012) keterbatasan IUD antara lain tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan Infeksi Menular Seksual atau perempuan yang sering berganti pasangan, pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan IUD, sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD yang biasanya menghilang dalam 1-2 hari, ada kemungkinan IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang segera setelah melahirkan), Ibu harus memeriksa posisi benang IUD. Yang dapat menggunakan IUD antara lain usia reproduktif, keadaan nullipara, ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah

mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, risiko rendah dari infeksi menular seksual (IMS), tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Affandi, 2012).

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.8.6 Definisi Asuhan kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Ruang lingkup pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Jalan pikiran saat melaksanakan asuhan kebidanan harus sesuai dengan manajemen Varney. Berikut manajemen Varney yang harus dimiliki seorang bidan sebagai jalan pikirannya saat melaksanakan asuhan (Varney, 2017).

2.8.7 Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney meliputi

1. Menyelidiki dengan cara memperoleh data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi.
2. Membuat identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.
3. Mengantisipasi masalah atau diagnosis yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi.
4. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi.
5. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya.
6. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisien dan aman.
7. Mengevaluasi keefektifan perawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan di atas. Asuhan kebidanan dilakukan dengan mengikuti standar agar asuhan kebidanan yang dilakukan berkualitas. Oleh sebab itu, sangat penting bagi

seorang bidan untuk mempelajari standar asuhan kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Adapun rincian Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney meliputi.

Langkah I: Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien. Data ini termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Data yang dikumpulkan meliputi data subyektif dan data obyektif serta data penunjang. Pada dokumentasi SOAP langkah I meliputi data Subyektif dan Obyektif seperti :

A.Data Subyektif menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, meliputi :

1.Biodata

Identitas pasien dan penanggung jawab (suami, ayah, keluarga). Menurut Nursalam (2008) identitas meliputi :

a>Nama Pasien : Dikaji dengan nama yang jelas dan lengkap, untuk menghindari adanya kekeliruan atau untuk membedakan dengan klien atau pasiennya.

b.Umur : Ditulis dalam tahun, untuk mengetahui adanya resiko karena umur kurang dan 20 tahun, alat reproduksi belum siap. Pada umur lebih dari dan 35 tahun kerja jantung meningkat karena adanya hemodilusi dan kemungkinan terjadi anemia.

c.Suku/Bangsa : Ditujukan untuk mengetahui adat istiadat yang menguntungkan dan merugikan bagi ibu hamil.

d.Agama : Untuk mempermudah bidan dalam melakukan pendekatan di dalam melakukan asuhan kebidanan.

e.Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual karena tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang.

f. Pekerjaan : Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan pasien terhadap permasalahan keluarga pasien/klien.

g.Alat : Untuk mempermudah hubungan jika diperlukan dalam keadaan mendesak sehingga bidan mengetahui tempat tinggal pasien.

2.Keluhan utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan serta berhubungan dengan kehamilannya (Nursalam, 2008). Keluhan-keluhan yang dirasakan ibu hamil dengan anemia ringan menurut Manuaba (2007), adalah pasien merasa pusing,cepat lelah, dan badan terasa lemas, sehingga pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi yang dirasakan.

3.Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarch umur berapa, haid teratur atau tidak, siklus lama haid, banyak nya darah, sifat darah (cair, atau beku, warnanya, bau nya) dan ada disminore atau tidak (Estiwidani, 2010).

4. Riwayat perkawinan

Status perkawinan : jika menikah, apakah pernikahan ini yang pertama. Untuk mengetahui kawin umur berapa tahun, dengan suami umur berapa kali kawin, lama pernikahan, dan jumlah anak (Nursalam, 2010).

5. Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui kapan hari pertama haid terakhir, dan perkiraan lahir, ANC dimana, berapa kali, teratur atau tidak, imunisasi TT berapa kali, masalah dan kelainan pada kehamilan sekarang, pemakaian obat-obatan, keluhan selama hamil (Manuaba, 2010).

6. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Kehamilan : adakah gangguan seperti muntah-muntah berlebihan, hipertensi, perdarahan pada hamil muda.

Persalinan : waktu persalinan dimana tempat melahirkan, umur kehamilan, jenis persalinan, ditolong oleh siapa.

Nifas : apakah pernah mengalami perdarahan, infeksi, dan bagaimana proses laktasi.

Anak : jenis kelamin, berat badan, panjang badan, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal (Manuaba, 2010).

7. Riwayat keluarga berencana Untuk mengetahui KB yang pernah dipakai, jenis dan lama berlangsungnya dan keluhan selama menjadi akseptor KB yang digunakan (Manuaba, 2010).

8. Riwayat Penyakit

9.Riwayat kesehatan Dahulu.

Untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita ibu pada saat dahulu yang bisa memperberat keadaan ibu (Manuaba, 2010).

10.Riwayat penyakit Sekarang.

Untuk mengetahui penyakit yang sedang diderita ibu seperti hepatitis, TBC, dan penyakit menurun seperti hipertensi, Diabetes Melitus, jantung (Bickley, 2008).

11.Riwayat kesehatan Keluarga.

Kemungkinan adanya riwayat keturunan kembar dalam keluarga..

12. Pola kebiasaan sehari-hari.

Menurut Kusmiyati (2018) kebutuhan sehari-hari ibu hamil meliputi :

A.Nutrisi

Data yang dikaji meliputi kebiasaan pasien sehari-hari dalam menjaga kebersihan makanan,dan bagaimana pola makan sehari-hari antar sebelum dan sesudah hamil, apakah terpenuhi gizinya. Dimana nutrisi pada ibu hamil akan mempengaruhi perkembangan janin dan kesehatan ibu hamil. Pada kasus ibu hamil dengan anemia ringan kebutuhan akan nutrisi harus ditingkatkan.

B..Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB dan BAK untuk mengetahui keseimbangan antara intake dan output yang mempengaruhi keseimbangan cairan dalam tubuh ibu hamil (Saiffudin,2006)

C. Personal hygiene

Personal hygiene perlu dikaji untuk mempengaruhi tingkat kebersihan pasien meliputi kebersihan lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia), gigi dan mulut dan keramas rambut (Saiffudin, 2006).

D. Istirahat dan tidur

Istirahat yang perlu dikaji untuk mengetahui pola istirahat dan tidur adalah berapa jam klien tidur dalam sehari dan apakah ada gangguan (Saifuddin, 2006). Pada ibu hamil anemia ringan perlu diperhatikan pola istirahat dan tidur dengan baik, agar dapat meningkatkan kesehatan ibu dan pertumbuhan janin.

E. Hubungan seksualitas

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan seksual dalam seminggu (Manuaba, 2008). Pada masa kehamilan diperbolehkan, namun pada kasus ibu hamil dengan anemia ringan biasanya akan mengalami penurunan hubungan seksual, dikarenakan ibu hamil dengan anemia ringan sudah merasa lelah, letih sehingga dapat mengurangi libido pada masa kehamilan.

1. Data psikososial

Perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pemahaman dan untuk mengetahui tingkat kekhawatiran pasien, perasaan terhadap kehamilan ini, kehamilan ini direncanakan atau tidak, dukungan keluarga terhadap kehamilannya dan pantangan makanan. Ibu anemia ringan merasa ketegangan kecemasan pada kehamilannya, karena takut terjadi sesuatu pada bayinya (Kusmiyati, 2008).

2. Obat-obatan

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan dan alkohol yang dapat membahayakan selama hamil. Data Obyektif menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik kilen, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan. Data Objektif adalah data yang diobservasi dan diukur oleh bidan (Nursalam, 2010).

3. Pemeriksaan Umum.

A. Keadaan umum : untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek. pada ibu hamil dengan anemia ringan mempengaruhi keadaan umum yang menimbulkan rasa lemas (Saiffudin, 2006)

B. Kesadaran : penilaian kesadaran dinyatakan sebagai composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma. Pada ibu hamil dengan anemia ringan kesadarannya composmentis (Saiffudin, 2006)

C. Tanda vital

D. Tekanan darah : untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Tekanan darah pasien hamil dengan temuan normal < 120/90 mmHg (Saifuddin, 2009).

E. Suhu : untuk mengetahui suhu badan apakah ada peningkatan atau tidak. Suhu tubuh normal 35,6-37,6°C. Ibu hamil dengan anemia ringan suhu tubuhnya akan mengalami peningkatan akibat dehidrasi.

F. Nadi : untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit (Saifuddin, 2010). Batas normal 60-100 kali per menit. Pada ibu hamil dengan anemia ringan nadi akan mengalami peningkatan frekuensi dan terdengar lemah.

G.Respirasi : untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2010). Batas normal 12 - 20x/menit.

H.Berat badan : penambahan dan penurunan berat badan ukuran yang paling penting untuk mengetahui adanya malnutrisi, malabsorpsi, pertumbuhan janin terhambat, diabetes mellitus pada kehamilan, kehamilan ganda (Saifudin,2010)

I.Tinggi badan : Tinggi badan normal lebih dari 145 cm. Tinggi badan untuk mengetahui adanya disporposi sefalopelvik yang mempengaruhi pada persalinan (Saifudin,2010)

J.LILA : Sebagai indikator status gizi ibu hamil normalnya 23,5 cm.

2.Pemeriksaan Fisik.

Menurut Nursalam (2007), pemeriksaan sistematis meliputi :

A.Rambut : untuk mengetahui apakah rambutnya bersih, rontok, dan berketombe.

B.Muka : keadaan muka pucat, atau tidak adakah kelainan, adakah oedema, adakah kloasma gravidarum.

C.Mata : untuk mengetahui apakah konjungtiva warna merah muda dan sklera warna putih. Pada wanita hamil dengan anemia ringan konjungtiva agak pucat.

D.Hidung : untuk menilai adanya kelainan, adakah polip, apakah hidung tersumbat.

F.Telinga : untuk mengetahui apakah di dalam ada serumen, nyeri atau tidak.f) Mulut : untuk mengetahui mulut bersih atau tidak, ada caries dan karang gigi atau tidak, lidah tampak kering atau kotor.

G.Leher : untuk mengetahui apakah adanya pembesaran kelenjar kelenjar tiroid dan vena jugularis.

H.Mammae : Untuk mengetahui apakah payudara kanan dan kiri simetris atau tidak, tumor ada atau tidak, areola hyperpigmentasi atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum.

I.Axilla/ ketiak : Untuk mengetahui apakah ada tumor atau nyeri tekan (Nursalam, 2007).

J.Abdomen : Untuk mengetahui apakah ada bekas operasi atau tidak, apakah pembesaran uterusnya sesuai dengan umur kehamilan atau tidak.

K.Vulva dan vagina : Untuk mengetahui apakah ada varises atau tidak, apakah ada tumor atau tidak, apakah vulva vaginanya bersih atau kotor.

L.Anus : Dilihat apakah ada ambeien ataukah ada tumor atau tidak.

M.Ekstermitas : Untuk mengetahui reflek patella (+) atau (-) berkaitan dengan kekurangan vitamin B atau penyakit syaraf dan magnesium sulfat (Manuaba, 2010). Apakah adanya varises atau tidak. Pada ibu hamil anemia ringan ekstremitas khususnya pada kuku terlihat pucat.

3.Pemeriksaan Khusus Obstetri

Menurut Manuaba (2010) pemeriksaan khusus obstetric dilakukan pemeriksaan Abdomen meliputi :

A.Inspeksi

Perlu dilakukan untuk mengetahui apakah ada pembesaran, ada luka bekas operasi atau tidak, striae gravidarum, linea nigra, atau alba, ada luka bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak.

B.Palpasi

Leopold I : untuk menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) sehingga dapat diketahui berat janin, umur kehamilan, dan bagian janin apa yang terdapat difundus uteri seperti membujur atau kosong jika posisi janin melintang. Kepala : bulat padat mempunyai gerakan pasif (ballotement). Bokong : tidak padat, lunak, tidak mempunyai gerak pasif (bantuan atau gerak ballotement).

Leopold II : untuk menentukan letak punggung janin.

Leopold III : untuk menentukan bagian terendah janin, bila teraba bulat, padat (kepala) dan bila bokong teraba tidak bulat, tidak keras.

Leopold IV : Untuk mengetahui apakah bagian terendah janin sudah masuk PAP atau belum.

TBJ : menurut TBJ (Tafsiran Berat Janin) dapat ditentukan berdasarkan Johnson Toschack yang berguna untuk mengetahui pertimbangan persalinan secara spontan pervaginam.

C.Auskultasi

Apabila terdengar detak jantung janin menunjukkan bahwa janin hidup dan tanda pasti kehamilan. Frekuensi DJJ normal bayi yaitu 120 – 160x/ menit.

4.Pemeriksaan panggul

A.Kesan panggul dapat diketahui melalui pelviometri rontgen atau melalui pengukuran panggul penting untuk diketahui kesan panggul ini untuk perencanaan persalinan pervaginam ada 4 kesan panggul ginekoid, platipeloid, antropoid, dan android, tapi paling baik untuk wanita ginekoid agar dapat persalinan pervaginam.

B. Distansia spinarum

Jarak antara kedua spina iliaca anterior superior sinistra dan dextra. Ukuran 24 cm – 26 cm.

C. Distansia cristarum

Jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada crista iliaca sinistra dan dextra. Ukuran 28 cm – 30 cm.

1. Conjugata eksterna (boudeloque)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosessus spinosus lumbal 5. Ukuran 18 cm.

2. Lingkar panggul

Jarak antara tepi atas simfisis pubis superior kemudian ke lumbal ke lima kembali ke sisi sebelah nya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis diukur dengan metlin normalnya 80-90 cm (Sumarah, 2010).

5. Pemeriksaan penunjang

Data pemeriksaan penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnosa, apabila diperlukan. Misalnya pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan Hb. Dalam kasus ini pemeriksaan penunjang dilakukan yaitu dengan melakukan pemeriksaan Hb. Kadar Hb pada ibu hamil yang mengalami anemia ringan adalah 9 - 10 gr%

Langkah II : Interpretasi Data

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumus dan diagnosa tujuannya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan

(Varney, 2007)¹) Data Analisa menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi :

A.Diagnosa atau masalah

B.Diagnosa.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan yang dikemukakan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa (Verney, 2007).

Diagnosa yang ditegakkan adalah diagnosa yang berhubungan dengan umur ibu, gravida, para, abortus, umur kehamilan, dan keadaan janin. Diagnosa kebidanan :

Ny. G P A umur tahun umur kehamilan minggu, janin tunggal/ kembar, hidup/ mati, intra/ ekstra uteri, letak memanjang/ melintang, presentasi kepala/ bokong, punggung kanan/ kiri bagian terbawah sudah masuk/ belum pintu atas panggul dengan anemia ringan.

1.. Data subyektif

Ibu mengatakan merasa pusing, cepat lelah, dan badan terasa lemas, sehingga pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi yang dirasakan (Manuaba, 2007).

2.Data obyektif

A.Vital sign : tekanan darah, nadi meningkat dan lemah, aspirasi, suhu.

B.Conjungtiva pucat.

C.Melakukan leopold mulai I – IV, mengukur TFU, DJJ.

D.Data penunjang Hb < 11 gr% pada anemia ringan.

E.Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnosa. Masalah yang sering timbul pada ibu hamil dengan anemia ringan yaitu merasa cemas dan gelisah menghadapi kehamilan (Kusmiyati, 2018).

F.Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum terindikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data. Menurut Kusmiyati (2018), kebutuhan pada pasien ibu hamil dengan anemia ringan adalah :

- a. Informasi tentang keadaan ibu.
- b. Informasi tentang makanan bergizi dan cukup kalori, terutama zat besi.
- c. Support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.
- d. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial.
- e. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter.
- f. Konsultasi atau kolaborasi.

Langkah III : Diagnosa Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah – langkah ini membutuhkan antisipasi sambil mengamati pasien, bila kemungkinan dilakukan pencegahan infeksi. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (Varney, 2011). Pada kasus ibu hamil dengan

anemia ringan diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah terjadi anemia sedang dan menjurus ke anemia berat (Manuaba, 2010).

Langkah IV : Antisipasi Tindakan Segera

Menentukan kebutuhan klien terhadap tindakan yang segera dilakukan oleh bidan atau konsultasi, kolaborasi bila diperlukan serta melakukan rujukan terhadap penyimpangan yang abnormal (Estiwidani, 2010). Pada ibu hamil dengan anemia ringan antisipasi yang dilakukan adalah pemberian tablet besi 1 tablet per hari dengan dosis 60 mg, pemeriksaan kadar Hb 1 bulan sekali (Manuaba, 2010).

Langkah V : Rencana Tindakan

Pada langkah ini dilakukan rencana tindakan yang menyeluruh yang merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosa yang telah teridentifikasi. Tindakan yang dapat dilakukan berupa observasi, penyuluhan, atau pendidikan kesehatan. Setiap rencana harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien diharapkan juga akan melaksanakan rencana tersebut (Estiwidani, 2010).

Menurut Manuaba (2010), rencana tindakan yang dapat dilakukan pada ibu hamil dengan anemia ringan adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan hasil pemeriksaan ibu.
- b. Memberikan obat kepada ibu yaitu tablet Fe.
- c. Memberikan KIE pola istirahat yang baik kepada ibu.

d.Memberikan KIE tentang pola nutrisi yang baik.

e.Memberikan ibu support.

f.Memberikan KIE tentang aktivitas sehari-hari.

g.Menganjurkan kepada ibu untuk kunjungan ulang

Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang bidan dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh kelen atau anggota tim kesehatan lainnya (Varney, 2011). Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat.

Langkah VII : Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2010). Hasil yang diharapkan dari asuhan kebidanan ibu hamil dengan anemia ringan. Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan KU dan tanda-tanda vital ibu baik, ibu bersedia minum tablet Fe, dan tatacaranya, ibu bersedia makan makanan yang banyak mengandung gizi dan zat besi, hemoglobin naik, tidak terjadi anemia sedang (Manuaba, 2010). Setelah pemberian zat besi sebanyak 30 gram perhari akan meningkatkan kadar hemoglobin sebesar 0,3 dl/gr/minggu atau dalam 10 hari (Sulistyoningsih, 2010)

1..Data Perkembangan

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan anemia ringan ini menggunakan SOAP yaitu :

S = Subyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data dari klien melalui anamnesa.

O = Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi.

P : Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa. (Estiwidani, 2008).