

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan yaitu sebuah mata rantai yang berkesambungan dimulai sewaktu ovulasi (pematangan sel) kemudian pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) hingga terbuatlh pembuahan dan perkembangan zigot lalu bernidasi (penanaman) pada uterus juga pembentukan plasenta dan tahap paling akhir ialah pertumbuhan hasil dari konsepsi sampai dengan aterm (Mardiana et al., 2022). Bila di hitung mulai saat pembuahan sampai kelahiran bayi, kehamilan normal yaitu berlangsung kurun waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan berdasarkan kalender internasional. Kemudian disimpulkan kehamilan ialah bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim serta berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir. Kehamilan dimulai waktu terjadinya konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya ialah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

b. Proses Kehamilan

Proses kehamilan adalah suatu proses yang berkesinambungan dapat meliputi:

a) Ovum

Meiosis pada wanita menghasilkan sebuah telur atau ovum. Proses ini terjadi di dalam ovarium, khususnya pada folikel ovarium. Ovum dianggap subur selama 24 jam setelah ovulasi.

b) Sperma

Ejakulasi pada hubungan seksual dalam kondisi normal mengakibatkan pengeluaran satu sendok teh semen, yang mengandung 200-500 juta sperma, ke dalam vagina. Saat sperma berjalan tuba uterina, enzim-enzim yang dihasilkan disana akan membantu kapasitas sperma. Enzim-enzim ini dibutuhkan agar sperma dapat menembus lapisan pelindung ovum sebelum fertilisasi.

c) Fertilisasi

Fertilisasi berlangsung di ampulla (seperti bagian luar) tuba uterina. Apabila sebuah sperma berhasil menembus membran yang mengelilingi ovum, baik sperma maupun ovum akan berada di dalam membran dan membran tidak lagi dapat ditembus oleh sperma lain. Dengan demikian, konsepsi berlangsung dan terbentuklah zigot.

d) Implantasi

Zona peluzida berdegenerasi dan trofoblas melekatkan dirinya pada endometrium rahim, biasanya pada daerah fundus anterior atau posterior. Antara 7 sampai 10 hari setelah konsepsi, trofoblas mensekresi enzim yang membantunya membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastosis tertutup (Armini et al., 2016).

c. Tanda-tanda Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan yang dialami oleh ibu hamil dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tanda-tanda yang belum yakin hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda-tanda pasti kehamilan (Ning Atiqoh, 2020).

a) Tanda-tanda tidak pasti kehamilan

- 1) Rahim membesar.
- 2) Tanda chadwick, berupa adanya perubahan warna yang terjadi pada bagian selaput lendir vulva dan juga vagina yang semakin ungu.
- 3) Tanda hegar, berupa perlukaan pada daerah isthmus uteri. Tanda tersebut muncul pada minggu ke 6 serta jadi jelas pada minggu ke 7-8.
- 4) Tanda piscaseck, berupa pembesaran uterus yang tiada merata hingga dapat terlihat menonjol dibagian uterus yang dekat implantasi plasenta.
- 5) Tanda braxton hicks, berupa uterus berkontraksi bila dirangsang.

- 6) Tanda goodell's sign, berupa serviks yang menjadi lunak
 - 7) Ballotement, berupa adanya sesuatu yang memantul diuterus.
- b) Tanda kemungkinan hamil
- 1) Amenorhea, ditunjukkan oleh berhentinya siklus menstruasi.
 - 2) Nausea, yaitu enek, emesis yang berarti mual.
 - 3) Miksi, sering buang air kecil.
 - 4) Rasa tergelitik, nyeri tekan, pembengkakan pada payudara.
 - 5) Perubahan warna pada jaringan payudara dan serviks.
 - 6) Areola berwarna lebih gelap dan kelenjar di sekitar puting menjadi menonjol.
 - 7) Pica atau mengidam.
 - 8) Pembesaran rahim dan perut.
 - 9) Kontraksi sebentar-sebentar terasa nyeri.
- c) Tanda pasti kehamilan
- 1) Gerakan Janin Gerakan janin bisa muncul pada ibu primigravida yaitu umur kehamilan 18 minggu, kemudian ibu multigravida usia kehamilan 16 minggu.
 - 2) Sinar Rontgen Pada pemeriksaan sinar rontgen, terlihat kerangka janin.
 - 3) Ultrasonografi (USG) bisa nampak gambar janinnya meliputi kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietal hingga kira-kira umur kehamilan dengan menggunakan USG.
 - 4) Palpasi bisa dilakukan dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester II.

5) Denyut Jantung Janin (DJJ) bisa mengetahui yaitu dengan cara fetal electrocardiograph (kehamilan 12 minggu), menggunakan doppler (kehamilan 12 minggu), juga stetoskop leanec (kehamilan 18-20 minggu).

d. Faktor-faktor Hormonal Dalam Kehamilan

a) Hormon progesterone

Awal hamil hamilan hormon progesteron diproduksi oleh corpus luteum lalu sesudah itu secara bertahap dihasilkan dari plasenta. Produksi maksimum diperkirakan 250 mg/hari. Peningkatan kadar progesterone 10 menyebabkan kenaikan suhu tubuh, cadangan lemak, dan dapat memicu perkembangan payudara (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

b) Hormon estrogen

Pada awal hamil sumber estrogen ialah Ovarium. Kemudian estrone serta estradiol diperoleh dari plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat, out put estrogen maksimum 30² 40 mg/hari. Peningkatan kadar estrogen dapat memicu pertumbuhan dan pengendalian fungsi uterus serta dapat memicu pertumbuhan payudara selama kehamilan (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

c) Hormon Kortisol

Kortisol secara simultan merangsang penambahan produksi insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu pada insulin, contohnya jaringan tidak bisa menggunakan insulin, mengakibatkan ibu hamil butuh banyak sekali insulin. Awal kehamilan sumber

utama ialah adreanal maternal dan kehamilan selanjutnya sumber utamanya ialah plasenta. Jumlah perhari 25mg/hari. Ibu hamil mengalami peningkatan gula darah hal ini dapat disebabkan karena resistensi perifer ibu hamil pada insulin (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

d) Hormon Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Hormon HCG ini munculnya pada saat hamil. Waktu hamil muda hormon tersebut diproduksi dari trofoblas dan dihasilkan melalui plasenta. HCG juga bisa mendeteksi kehamilan melalui cek darah ibu hamil pada 11 hari setelah pembuahan dan mendeteksi urine ibu hamil pada 12-14 hari sesudah 11 kehamilan. Kandungan HCG pada ibu hamil mengalami puncaknya pada 8-11 minggu umur kehamilan (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

e) Hormon Human Placental Lactogen

Kadar HPL atau Chorionic somatotropin terus bertambah berjalan dengan pertumbuhan plasenta sewaktu hamil. HPL bersifat diabetogenik hingga mengakibatkan produksi insulin wanita hamil meningkat (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

f) Hormon hipofisis

Terjadi penekanan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolaktin bertambah dapat berfungsi sebagai penghasil kolostrum. Pada waktu persalinan sesudah plasenta lahir, kadar prolaktin menurun sampai pada saat ibu menyusui (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

e. Standar Asuhan Kehamilan

Antenatal care adalah pemeriksaan kehamilan bisa diterapkan untuk mengecek kesehatan ibu juga janinnya secara rutin, yang dibarengi oleh usaha terhadap penyimpangan yang ada (Depkes RI).

a) Standar Asuhan Kehamilan

Kebijakan Program : Anjuran WHO

- 1) Trimester I : Satu kali kunjungan
- 2) Trimester II : Satu kali kunjungan
- 3) Trimester III : Dua kali kunjungan

Kunjungan yang ideal adalah :

- 1) Awal kehamilan – 28 minggu : 1 x 1 bulan
- 2) 28 minggu – 36 minggu : 1 x 2 minggu
- 3) 36 minggu – lahir : 1 x 1 minggu

b) Kunjungan ibu hamil paling sedikit 6 kali (2 kali trimester I, 1 kali trimester II dan 3 kali trimester III), Jadwal kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester III yaitu setiap 2 minggu samapai 1 minggu sampai tiba masa kelahiran.

c) Standar Minimal Asuhan Antenatal : “10 T”

- 1) Menimbang berat badan dan Mengukur tinggi badan.
- 2) Mengukur tekanan darah.
- 3) Menilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).
- 4) Mengukur tinggi fundus uteri.
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Beri tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Test laboratorium (rutin dan khusus).
- 9) Penatalaksanaan kasus.
- 10) Temu wicara (konseling) yaitu program perencanaan persalinan dan cara mencegah komplikasi (P4K) juga KB pasca salin.

2.1.2 Kehamilan Dengan Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Seseorang didiagnosis mengalami hipertensi ketika hasil pengukuran tekanan darah sistolik (TDS) yang dimiliki ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolic (TDD) yang dimiliki ≥ 90 mmHg setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah berulang (Unger et al., 2020). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi penambahan tekanan darah melebihi ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg (Hidayati et al., 2022).

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir tidak konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan pada arterial sistemik, baik diastolik maupun sistolik secara terus-menerus. Gejala yang mudah diamati yaitu pusing, sering gelisah, wajah merah, telinga berdengung,

sesak napas, mudah lelah, mata berkunang-kunang (Sutanto, 2010; Sijabat et al., 2020).

b. Klasifikasi Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi sewaktu hamil bila tekanan darahnya $> 140/90$ mmHg. Dapat dikelompokkan jadi ringan hingga sedang ($140-159/90-109$ mmHg) dan berat ($\geq 160/110$ mmHg) (Malba et al., 2018).

Hipertensi kehamilan juga dapat dibagi menjadi: preeklamsia/eklamsia, hipertensi kronis pada kehamilan, hipertensi kronis yang disertai preklamsia, dan hipertensi gestasional (Roberts et al., 2013; Malba et al., 2018).

Tabel 2.1 Perbedaan Hipertensi kronis, hipertensi gestasional dan preeklamsia/ eklamsia pada kehamilan

Temuan	Hipertensi kronis	Hipertensi gestasional	Pre-eklamsia atau eklamsia
Waktu onset	<20 minggu	Pertengahan kehamilan	>20 minggu
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Hemokosentasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Trombositopenia	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Disfungsi hati	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Kreatinin serum > 1,2 mg/dl	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Peningkatan asam urat	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Gejala klinik	Tidak ada	Tidak ada	Ada

Sumber: Karthikeyan, 2015

c. Pre-eklampsia dan eklampsia

1) Pre-eklampsia

Pre-eklampsia merupakan sindrom yang muncul pada saat hamil (>20 minggu), hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) dan proteinuria ($>0,3$ g/hari). Muncul pada 2-5% kehamilan lalu angka kematian ibu 12-15% (Malha et al., 2018).

Pre-eklampsia gejala yang dapat muncul yaitu sakit kepala, perubahan visual, nyeri epigastrium, dan dyspnoea. Faktor yang telah diidentifikasi dengan peningkatan risiko pre-eklampsia meliputi usia, paritas, riwayat pre-eklampsia, riwayat keluarga, kehamilan ganda, kondisi medis sebelumnya seperti diabetes mellitus, obesitas dan resistensi insulin, hipertensi kronis, penyakit ginjal, penyakit autoimun, sindrom anti-fosfolipid, penyakit rematik), merokok, peningkatan indeks massa tubuh (BMI), peningkatan tekanan darah, dan proteinuria. Faktor risiko pre-eklampsia/eklampsia meliputi hipertensi kronis, obesitas, juga anemia parah (Bilano et al., 2014).

Faktor risiko pre-eklampsia ialah sindrom antifosfolipid, relative risk, pre-eklampsia sebelumnya, diabetes, hamil kembar, belum pernah melahirkan, obesitas, usia >40 tahun, hipertensi (English et al., 2015).

2) Eklampsia

Eklampsia ialah munculnya kejang pada seorang perempuan dengan pre-eklampsia yang tidak bisa dihubungkan oleh sebab yang lain (Karthikeyan, 2015). Eklampsia keadaan genting yang bisa mengancam jiwa, terjadi pada sebelum, saat, dan setelah bersalin (antepartum, intrapartum, postpartum). Eklampsia diawali oleh sakit kepala dan perubahan penglihatan, kemudian kejang dalam waktu 60-90 detik (Leeman et al., 2016).

d. Hipertensi kronis pada kehamilan

Hipertensi kronis yang terjadi pada kehamilan bila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, yang dimana sebelum hamil atau dijumpai sebelum 20 minggu kehamilan. Seringkali termasuk hipertensi esensial / primer, dan diperoleh pada 3,6-9% kehamilan (Malha et al., 2018).

Kenaikan tekanan darah hipertensi kronis mulai dari sebelum minggu ke-20 kehamilan, yang bertahan lama hingga melebihi 12 minggu pasca persalinan (Leeman et al., 2016).

Hipertensi, obesitas dan usia ialah faktor risiko hipertensi kronis. Hipertensi kronis pada kehamilan dapat muncul risiko pre-eklampsia, pertumbuhan janin, persalinan dini, dan kelahiran cesar (Seely and Ecker, 2014).

Hipertensi kronis pada kehamilan umumnya akibat dari hipertensi esensial terlihat pada riwayat keluarganya. Tapi dapat juga disebabkan dari kelainan ginjal parenkim, hiperplasia

fibromuskular atau hiperaldosteronisme hanya saja kasusnya jarang (Tranquilli et al., 2014).

1) Hipertensi kronis disertai preeklampsia

Orang yang mempunyai riwayat hipertensi sebelum hamil (hipertensi kronis) maka risiko 4 sampai 5 kali akan mengalami pre-eklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai dengan pre-eklampsia sebanyak 25%. Apa bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian pre-eklampsia ialah 5% (Roberts et al., 2013; Malha et al., 2018). Hipertensi dengan pre-eklampsia awalnya muncul diantara minggu 24-26 kehamilan akibatnya kelahiran preterm dan IUGR (Khosravi et al., 2014).

2) Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional ialah hipertensi bisa dialami sesudah 20 minggu kehamilan tanpa proteinuria. Angka kejadiannya sebanyak 6%. Sebagian wanita (> 25%) berkembang jadi pre-eklampsia diagnosis hipertensi gestasional biasanya ditemui sesudah melahirkan (Leslie and Collins, 2016; Malha et al., 2018).

3) Diagnosis

a) Pengkajian riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan yang komperhensif saat pemeriksaan pertama akan mengidentifikasi; keadaan sosial yang buruk usia dan paritas, primiparitas, riwayat

gangguan hipertensif dalam keluarga, riwayat pre-eklampsia terdahulu.

b) Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan sebaiknya jangan dilakukan segera setelah ibu mengalami latihan fisik atau merokok. Periode istirahat selama 10 menit sebaiknya diberikan kepada ibu sebelum mengukur tekanan darah. Posisi terlentang atau miring ke kanan sebaiknya tidak dilakukan karena efek uterus gravid pada aliran balik vena menyebabkan terjadinya hipotensi postural.

c) Urinalis

Kriteria minimum hasil proteimuria ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq 1+$ pada pemeriksaan carik celup dianggap sebagai indikasi preeklampsia.

e. Penatalaksanaan Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan dikelola dengan baik supaya bisa menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu atau janin, dengan hindari ibu dari risiko kenaikan tekanan darah, cegah perkembangan penyakit, dan cegah terjadinya kejang serta pertimbangan terminasi kehamilan jika ibu atau janin dalam keadaan bahaya (Mudjari and Samsu, 2015).

Yang mengalami hipertensi pada kehamilan dan pre-eklampsia ringan dianjurkan bersalin pada minggu ke-37. Pada pre-eklampsia berat dianjurkan profilaksis magnesium sulfat dan

waspada adanya hipertensi setelah persalinan (Leeman et al., 2016; Williams et al., 2018).

Obat yang biasa diberikan untuk pengobatan hipertensi pada kehamilan ialah labetalol, methyldopa, nifedipine, clonidine, diuretik, dan hydralazine. Labetalol merupakan obat paling minim efek samping. Diuretik dan CCB (nifedipine) bisa jadi aman tapi data minimal dan tidak digunakan untuk firstline drug (Karthikeyan, 2015).

Menurut ACC/AHA 2017 dan ESC/ESH 2018 obat antihipertensi pada kehamilan yang direkomendasikan yaitu labetalol, methyldopa dan nifedipine, kemudian obat yang tidak boleh dikonsumsi adalah ACE inhibitor, ARB dan direct renin inhibitors (Aliskiren) (Whelton et al., 2017; Williams et al., 2018).

Pengobatan Hipertensi dimulai pada hipertensi dalam kehamilan menurut Guideline ESH/ESC 2018 menganjurkan apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 atau diastolik ≥ 90 mmHg tapi pada kasus tertentu disarankan pada tekanan darah sistolik ≥ 150 atau diastolik ≥ 95 mmHg. Pada tekanan darah sistolik ≥ 170 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg pada wanita hamil dianggap gawat dan diperlukan perawatan di rumah sakit (Regitz-Zagrosek, 2018).

Untuk hipertensi krisis dengan kehamilan obat yang dianjurkan yaitu labetalol IV, nicardipine IV, magnesium. Pada pre-eklampsia yang disertai dengan odema paru obat yang dianjurkan nitroglycerin infus (Williams et al., 2018).

Secara teori Badan kesehatan dunia yaitu World Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam untuk mengurangi risiko terjadinya hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan yaitu tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari atau setara 1 sendok teh perhari (Kemenkes RI, 2016). Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi (Nuraini, 2015).

2.1.3 Obesitas Dalam Kehamilan

a. Pengertian Obesitas

Obesitas adalah kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan (bawah kulit), sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya (Misnadierly, 2015)

Kenaikan berat badan normal saat hamil yaitu 12-16 kg, jika kenaikan yang terjadi lebih dari itu berarti ibu beresiko mengalami kegemukan atau obesitas. Ibu hamil yang obesitas akan membawa resiko penyakit yang lain seperti hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional dan preeklamsia (Yao, Ananth, Park, Pereira, & Plante, 2014).

b. Faktor Resiko dan Komplikasi Medis Obesitas Pada Ibu Hamil

Banyak faktor yang berperan terhadap terjadinya obesitas. diantaranya faktor lingkungan, gaya hidup, genetic, dan sosial ekonomi. Oleh karena itu banyak komplikasi yang ditimbulkan oleh keadaan obesitas baik itu bagi ibu maupun terhadap janinnya (Sanjaya, 2015).

Komplikasi medis menurut Sanjaya (2015):

- 1) Obesitas meningkatkan resiko terjadinya kelainan medis dalam kehamilan seperti diabetes gestasional, pre eklamsia, obstruksi saluran pernapasan.
- 2) Obesitas meningkatkan resiko terjadinya perdarahan dan infeksi post partum, termasuk kegagalan dalam proses laktasi, hal tersebut mungkin disebabkan oleh respon prolactin pada wanita dengan obesitas.
- 3) Komplikasi yang ditimbulkan oleh obesitas terhadap hasil konsepsi antar lain: kelainan kongenital, makrosomia, prematuritas, mordibitas perinatal dan obesitas pada anak kelak.

c. Diagnosa Obesitas Pada Kehamilan

1) IMT

Kenaikan BB sewaktu hamil berdasarkan pada status gizi ibu sebelum hamil cara ukurnya menggunakan IMT. IMT adalah indeks sederhana dari berat badan terhadap tinggi badan yang digunakan untuk mengklasifikasikan kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa. IMT ialah sebagai berat badan

seseorang dalam kilogram yang dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter (kg/m^2). Status gizi ibu hamil dapat diketahui dengan menghitung IMT dengan rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)})^2}$$

(m). Berdasarkan hasil perhitungan IMT, status gizi dibedakan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Klasifikasi berat badan lebih dan obesitas berdasarkan IMT

Klasifikasi	Status Gizi
Sangat kurus	<17
Kurus	17,0 – 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Gemuk	25,0 - 29,9
Obesitas I ringan	30,0 - 34,9
Obesitas II sedang	35,0 - 39,9
Obesitas III berat	>40

Sumber: (Kemenkes RI, 2018)

2) LILA

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan cara yang bisa mengetahui resiko kekurangan energi kronis atau kelebihan energi kronis pada wanita subur usia 15-45 tahun atau ibu hamil. LILA merupakan salah satu pilihan untuk menentukan status gizi ibu hamil, karena mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat-alat yang sulit diperoleh dengan harga yang lebih murah. LILA digunakan untuk perkiraan tebal lemak dibawah kulit.

Tujuan pengukuran LILA adalah mencakup masalah wanita usia subur baik ibu hamil maupun sebelum hamil dan masyarakat umum. Adapun tujuan tersebut yaitu mengetahui resiko kelebihan energi kronis baik ibu hamil maupun calon ibu untuk mengatasi bayi dengan obesitas dan meningkatkan perhatian dan kesadaran masyarakat agar lebih berperan dalam mencegah dan menanggulangi kelebihan energi kronis pada ibu hamil.

Lingkar lengan atas ibu hamil dibagi menjadi 3 kategori yaitu kurang (28,5 cm). Menurut Utami (2016), tata cara pengukuran LiLA ibu hamil ialah sebagai berikut :

- (1) Subjek diminta untuk berdiri tegak
- (2) Tanyakan kepada subjek lengan mana yang aktif digunakan.
Jika yang aktif digunakan adalah lengan kanan, maka yang diukur adalah lengan kiri, begitupun sebaliknya.
- (3) Mintalah subjek untuk membuka lengan pakaian yang menutup lengan yang tidak aktif digunakan.
- (4) Untuk menentukan titik mid point lengan ditekuk hingga membentuk sudut 90 derajat, dengan telapak tangan menghadap ke atas. Pengukur berdiri di belakang subjek dan menentukan titik tengah antara tulang atas pada bahu dan siku.
- (5) Tandailah titik tersebut dengan pulpen.
- (6) Tangan kemudian tergantung lepas dan siku lurus di samping badan serta telapak tangan menghadap ke bawah.

- (7) Ukurlah lingkaran lengan atas pada posisi mid point dengan pita LILA menempel pada kulit. Perhatikan jangan sampai pita menekan kulit atau ada rongga antara kulit dan pita.
- (8) Catat hasil pengukuran LiLA ibu hamil.

d. Manajemen Obesitas Dalam Kehamilan

Menurut Sanjaya, (2015) manajemen obesitas dalam kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Trimester 1: dilakukan pemeriksaan USG untuk menentukan usia kehamilan dan keadaan hasil konsepsi. Pemeriksaan fisik yang menyeluruh, pemeriksaan laboratorium, konseling tentang diet nutrisi.
- 2) Trimester II melanjutkan apa yang telah dilakukan pada trimester I. Apabila ditemukan suatu kelainan, maka segera rujuk pada dokter atau fasilitas kesehatan yang lebih memadai.
- 3) Trimester III melanjutkan apa yang telah dilakukan pada trimester sebelumnya, dan selalu memonitoring dan mengevaluasi perkembangan janin melalui TFU atau dianjurkan untuk USG.
- 4) Persalinan dilakukan persalinan spontan, pervaginam atau cesar atas indikasi BMI 40 kg/m^2 . Pantau perkembangan janin.
- 5) Masa nifas anjurkan pemberian ASI eksklusif.

e. Penatalaksanaan Obesitas

Cara penanganan obesitas secara komprehensif dilakukan dengan pengaturan diet, peningkatan aktifitas fisik/olah raga,

farmakoterapi, akupunktur. Adapun cara pengaturan diet, peningkatan aktifitas fisik, farmakoterapi, dan akupunktur untuk menurunkan berat badan dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Pengaturan Diet

Menurut Darmoutomo (2017), mengatur diet untuk obesitas dilakukan dalam jangka waktu lama, makan teratur namun rendah kalori, mudah dibuat dan diperoleh. Kebutuhan kalori orang dewasa berkisar 1500-2000 kkal perhari. Untuk menurunkan berat badan (membuang cadangan lemak tubuh) diperlukan defisit pemasukan kalori sekitar 500 kkal/hari, (dengan defisit pemasukan sebesar ini maka berat badan akan turun 0,5 kilogram/minggu) sehingga anjuran asupan berkisar 1000 kkal perhari pada wanita dan 1500 kkal perhari pada pria. Proporsi lemak adalah 25-30 % dari total kalori (sekitar 35 gram/hari), perbanyak serat serta sayur untuk mempercepat kenyang. Menurut Witjaksono (2018), diet untuk menurunkan berat badan terdiri dari 35% lemak (yang terdiri dari 8-10% lemak jenuh, <10% lemak tidak jenuh ganda, <15% lemak tidak jenuh tunggal), rendah karbohidrat (>55%) dan tinggi protein (15%).

2) Peningkatan Aktivitas Fisik/ Olah Raga

Pada penderita obesitas biasanya kurang gerak, tidak terlatih, kurang motivasi dalam melakukan aktifitas fisik. Untuk penurunan berat-badan, penderita obesitas yang melakukan

aktivitas harus memenuhi dosis aktivitas fisik yang terdiri atas frekwensi, intensitas, lama dan jenis exercise berdasarkan kondisi kesehatan dan kebugaran penderita obesitas tersebut (Primana, 2014).

Setiap olah raga/aktivitas fisik yang memakai 3500 kalori akan membakar lemak sebanyak 0,5 kilogram. Untuk menurunkan berat badan pada obesitas, WHO merekomendasikan agar setiap individu dari berbagai usia untuk melakukan aktivitas fisik selama 30-60 menit dengan intensitas 4-5 per minggu (Primana, 2015).

3) Farmakoterapi

Penanganan obat untuk penderita obesitas menurut Chandrawinata (2008) adalah:

- a) Untuk obat yang dapat dipakai jangka panjang (lebih dari satu tahun) yaitu: orlistat, sibutramin dan rhimonabant.
- b) Untuk pemakaian jangka pendek (kurang dari 12 minggu) yaitu: phentermine, diethyl-propione dan mazindol.
- c) Obat lain yang efeknya dapat mengurangi berat badan adalah: bupropion, fluoxetine, sertraline, topiramate, zonisamide.
- d) Obat yang masih dalam penelitian dan merupakan obat dimasa mendatang adalah: leptin & leptin-receptor agonist, POMC/CART stimulator, NPY, CNTF, ghrelin antagonist, agonist GLP-1, agonist Pyy3, agonist CCK.

4) Akupunktur

Secara akupunktur, yang dianggap sebagai penyebab dasar obesitas adalah lembab yang berlebihan, lendir dan defisiensi Ci, oleh karena itu pengobatan akupunktur menurut Slamet (2003) dapat dilakukan dengan pemilihan titik akupunktur sebagai berikut:

- a) Panas dalam lambung, dengan gejala klinis nafsu makan besar, selalu merasa lapar, rasa pahit di mulut dan rasa haus
titik yang dipilih adalah: titik Cung Wan (XIII, 12), Ci Ce (II,11), Ce Keu (X,6), Nei Ting (III,44).
- b) Kekeringan dalam usus dan faeces, dengan gejala klinis konstipasi/sembelit, menyukai minuman dingin, distensi perut, urine kental dan jarang maka titik yang dipakai adalah: Ci ce (II,11), Ce Keu (X,6), Tien Su (III,25), Cu San Li (III,36), Nei Ting (III,44).
- c) Defisiensi limpa dan serangan lembab, dengan gejala klinis kelelahan umum, mengantuk, edema tungkai, faeces encer dan urine jarang, titik yang dipilih: Sui Fen (XIII,9), Ci Hai (XIII,6), Cu Lin Ci (XI,41), Tien Su (III,25), Yin Ling Cuen (IV,9), Cu San Li (III,36), San Yin Ciao (IV,6).
- d) Lendir dan lembab dalam yang berlebihan, dengan gejala klinik obesitas sedang, lembab (riak) berlebihan, menyukai makanan manis-manis, titik yang dipilih: Cung Wan

(XIII,12), Yin Ling Cuen (IV,9), Lie Cie (I,7), Fung Lung (III,40).

- e) Hiperaktifitas, dengan gejala klinis obesitas sedang, hipertensi, insomnia, titik yang dipakai: Pai Hui (X,20), Fung Ce(XI,20), Nei Kuan(IX,6), San Yin Ciao(IV,6), Cao Hai(VIII,6), Tay Cung(XII,3).

Pada umumnya setelah dilakukan akupunktur empat sampai lima kali, maka akan didapatkan berkurangnya nafsu makan, berkurangnya rasa lapar, berkurangnya makanan yang dimakan, mengendornya otot perut dan gerakan tubuh mudah.

2.1.4 Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan normal merupakan proses keluarnya janin yang dialami pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala kemudian berlangsung dalam 18 jam, tidak ada komplikasi pada ibu ataupun pada janin (Prawirohardjo. 2002 dalam Ari Kurniarum, 2016).

Persalinan ialah ketika bayi akan dikeluarkan melalui jalan lahir ibu. Selama persalinan, rahim itu berkontraksi kemudian mendorong bayi sampai ke leher rahim. Sehingga dorongan ini mengakibatkan leher rahim menjadi pembukaan lengkap, kontraksi dan dorongan ibu itu bisa menggerakkan bayi ke bawah (Nurasih dan Nurkholifah, 2016).

b. Sebab-Sebab Yang Menimbulkan Persalinan

Sebab mulainya persalinan menurut Norma Jeepi (2019):

1. Teori kerenggangan

Otot rahim memiliki kemampuan merenggang dalam batas tertentu. Sesudah melewati batas tersebut kemudian timbulah kontraksi dan mulailah proses persalinan.

2. Teori penurunan progesterone

Progesterone yang rendah dapat membuat otot rahim sensitive kemudian menimbulkan his atau kontraksi.

3. Teori oksitosin

Pada akhir hamil oksitosin meningkat hingga berdampak terhadap timbulnya kontraksi.

4. Teori penurunan prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada kehamilan ke 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil juga berdampak kontraksi otot rahim hingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5. Teori plasenta menjadi tua

Bertambahnya usia kehamilan, plasenta jadi semakin tua dan mengakibatkan vili corialis alami perubahan hingga kadar estrogen dan progesteron menurun. Inilah yang menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan penyebab kontraksi rahim.

6. Teori distensi rahim

Sebuah keadaan uterus yang terus membesar dan jadi tegang mengakibatkan iskemia otot uterus hingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

7. Teori berkurangnya nutrisi

Teori tersebut pertama kali dijumpai oleh Hipokrates. Apabila nutrisi untuk janin berkurang, maka hasil konsepsi juga segera dikeluarkan.

c. Macam-macam Jenis Persalinan

Menurut mochtar dalam Nurhayati, 2019 jenis persalinan dapat dikelompokkan menjadi beberapa cara yaitu :

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah bersalin lewat vagina kemudian berlangsung tidak menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya.

2) Persalinan Normal

Persalinan normal ialah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang kepala kemudian disusul oleh keluarnya plasenta dan semua proses lahir ini waktunya kurang dari 24 jam tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3) Persalinan Anjuran (Induksi)

Persalinan anjuran ialah persalinan dimana berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau diberi suntikan oksitosin. Persalinan anjuran bertujuan untuk merangsang otot rahim berkontraksi, sehingga persalinan berlangsung serta membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir.

4) Persalinan Tindakan

Persalinan tindakan merupakan persalinan yang tidak mungkin berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, karena mempunyai indikasi adanya penyulit saat bersalin maka persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan dan alat bantu. Persalinan tindakan terbagi menjadi : Persalinan tindakan pervaginam, dan persalinan tindakan perabdominal (Nurhayati, 2019).

d. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

(Saragih, 2017) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal biasa dikenal melalui istilah 5P yaitu: power, passage, passenger, psikis ibu bersalin, dan penolong persalinan yang dijabarkan sebagai berikut:

1) Power (Tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga yaitu primer dan sekunder.

- a) Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2) Passenger (Janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan ialah faktor janin, meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), dan juga jumlah janin. Persalinan normal berhubungan dengan passenger yaitu: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, serta kaki ada dalam keadaan fleksi, dan lengan silang ke dada. Taksiran berat janin normal ialah 2500- 4000 gram dan DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

3) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri oleh panggul ibu adalah bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina (lubang luar vagina). Walaupun jaringan lunak, terkhusus lapisan otot dasar panggul juga mempengaruhi keluarnya bayi, tapi panggul ibu berperan penting kedalam proses persalinan. Hingga itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

4) Psikis Ibu Bersalin

Persalinan dan kelahiran ialah proses fisiologis yang mana menyertai kehidupan hampir tiap wanita. Umumnya persalinan merupakan hal menakutkan karena terjadinya nyeri hebat, bahkan kadang mengakibatkan kondisi fisik dan mental yang dapat mengancam jiwa. Nyeri ialah fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita berbeda-beda, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Hingga persiapan psikologis sangatlah penting untuk menjalani persalinan.

Jika ibu siap dan paham akan proses persalinan maka ibu juga mudah kerjasama dengan petugas kesehatan nantinya akan menolong persalinannya. Didalam proses persalinan normal, pemeran utamanya merupakan ibu yang disertai dengan perjuangan dan usahanya. Ibu harus yakin, bahwa mampu jalani proses persalinan dengan lancar. Karena jika ibu sudah punya pikiran yang positif maka keyakinan tersebutlah akan jadikan kekuatan yang amat besar saat berjuang mengeluarkan bayi.

5) Penolong Persalinan

Merupakan seseorang sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang punya legalitas untuk menolong persalinan, diantaranya: dokter, bidan, perawat maternitas, dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam

pertolongan persalinan, mengatasi kegawataruratan, dan melakukan rujukan jika perlu. Petugas kesehatan yang memberi 15 pertolongan persalinan wajib menggunakan alat pelindung diri, dan cuci tangan supaya mencegah terjadinya infeksi oleh pasiennya.

e. Tanda-tanda Persalinan

Menurut pendapat Rukayah, Tanda-tanda bersalin Rukayah dalam Normal Jepepi (2019) antara lain:

1) Adanya His Persalinan

Kontraksi dalam persalinan mempunyai ciri-ciri antara lain:

- a) Pinggang akan terasa sakit yang dapat menjalar ke arah depan.
 - b) Sifat yang teratur, jaraknya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
 - c) Kontraksi uterus menyebabkan perubahan uterus.
 - d) Makin banyak aktivitas jalan, kekuatannya makin bertambah.
- ##### 2) Bloody Show pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada servik yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dengan kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

3) Pengeluaran cairan

Keluar banyak cairan dari jalan lahir akibat pecaha ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah ialah ketuban pecah menjelang PL, tetapi kadang-kadang ketuban pecah saat pembukaan kecil. Dengan pecaha ketuban diharapkan persalinan selesai 24 jam.

f. Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Lima Benang Merah yang penting di asuhan persalinan dan kelahiran bayi Menurut APN (2016), ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih serta aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut ialah:

1) Pengambilan Keputusan Klinis

Pengambilan keputusan merupakan proses penting untuk memecahkan masalah dan menentukan perawatan yang dibutuhkan pasien. Keputusan ibu harus akurat, komprehensif, dan aman bagi pasien dan keluarganya, serta staf pendukung.

2) Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang Ibu adalah perawatan yang menghormati budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Asuhan sayang ibu dalam tahap kelahiran :

a) Memanggil nama panggilan, menghargai ibu sesuai martabatnya.

- b) Menjelaskan seluruh asuhan dan perawatan pada ibu sebelum mulai asuhan.
- c) Jelaskan seluruh proses-proses persalinan pada ibu dan pihak keluarga.
- d) Anjurkan ibu supaya bertanya dan mengungkapkan rasa takut atau cemas.
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f) Berikan support, luaskan sabarnya dan tentramkan hati ibu dan keluarga lainnya.
- g) Ajarkan ibu supaya suaminya dapat menemani ataupun keluarga lain selama proses bersalin dan kelahirannya bayi.
- h) Informasikan kepada suami dan anggota keluarga lainnya tentang cara merawat dan mendampingi ibu saat melahirkan.
- i) Penerapan tindakan pengendalian infeksi secara konsisten.
- j) Mohon hormati privasi ibu.
- k) Mendorong ibu untuk mencoba berbagai posisi saat melahirkan.
- l) Mendorong ibu untuk makan makanan ringan jika diinginkan.
- m) Menghormati dan memperbolehkan adat istiadat sepanjang tidak membahayakan kesehatan ibu.
- n) Menghindari perbuatan berlebihan yang dapat membahayakan nyawa ibu.
- o) Mendorong ibu untuk segera menggendong bayinya.

- p) Biarkan bayi Anda mulai menyusu dalam waktu satu jam setelah lahir.
 - q) Membuat rencana penyesuaian sesuai kebutuhan.
 - r) Lakukanlah persiapan-persiapan yang memadai untuk kelahiran dan persalinan. Peralatan dan obat-obatan diperlukan. Siap melakukan prosedur resusitasi neonatal untuk setiap kelahiran.
- 3) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan bagian integral dari komponen perawatan intrapartum dan persalinan lainnya.

Upaya Pencegahan Infeksi di Pelayanan Kesehatan:

- a) Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
- b) mengurangi risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Prinsip Pencegahan Infeksi :

- a) Seorang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala).
- b) Semua orang dianggap berisiko tertular.
- c) Permukaan di sekitar kita, peralatan dan benda lain yang menyentuh atau bersentuhan dengan kita harus dibuang dengan benar setelah digunakan.

- d) Permukaan, peralatan, dan benda lain dianggap terkontaminasi jika tidak jelas apakah benda tersebut telah diolah.
- e) Meskipun risiko infeksi tidak dapat sepenuhnya dihilangkan, namun risiko infeksi dapat ditekan serendah mungkin dengan menerapkan tindakan pencegahan infeksi secara komprehensif dan terus menerus.

4) Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan merupakan bagian penting dalam proses pengambilan keputusan klinis karena memungkinkan bidan untuk melanjutkan perawatan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji data ulang memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas atau fasilitas dengan pelayanan yang lebih komprehensif. Fasilitas, dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi baru lahir.

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingatkan hal-hal penting dalam penyusunan rujukan pada ibu dan bayi.

B (Bidan) : Memastikan ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh Bidan yang kompeten untuk penatalaksanaan kedaruratan obstetri dan bayi baru lahir dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Membawa perlengkapan dan bahan perawatan persalinan, pernapasan, dan neonatal (jarum suntik, selang IV, alat resusitasi, bersama ibu ke tempat rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga tentang status ibu dan bayi saat ini serta alasan perlunya merujuk ibu dan bayi.

S (Surat) : Mengantar surat ke pusat rujukan

O (Obat) : Membawa obat-obatan yang penting untuk dibawa ibu ke pusat rujukan.

K (kendaraan) : Mempersiapkan sarana yang mampu membawa ibu ke dalam keadaan paling nyaman.

U (Uang) : Mengingatkan keluarga untuk membawa uang secukupnya untuk membeli obat-obatan yang diperlukan selama ibu dan bayinya tetap berada di fasilitas rujukan (JNPK-KR, 2018).

DA (darah) : Mengingatkan keluarga untuk mempersiapkan darah demi keselamatan dan berharap mendapat pertolongan dari Allah.

2.1.5 Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir pada saat rahim kembali ke keadaan normal sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan, ibu akan banyak mengalami perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan akan menimbulkan banyak ketidaknyamanan pada masa awal nifas, kemungkinan menjadi patologis jika tidak ditangani dengan baik (Yuliana & Hakim, 2020).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Berdasarkan (Estihandayani & Wahyu Pujiastuti, 2016)

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikis.
- 2) Melakukan skrining menyeluruh, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk jika timbul komplikasi pada ibu atau bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan mengenai pelayanan kesehatan dini, gizi, keluarga berencana, menyusui, vaksinasi bayi, dan perawatan anak yang sehat.
- 4) Memberikan layanan keluarga berencana.
- 5) Mendapatkan kesehatan emosi.

c. Tahapan Masa Nifas (Post Partum)

Menurut Wulandari (2020), wanita melalui beberapa tahapan pada masa nifas, yaitu:

- 1) Immediate postpartum yaitu 0 sampai 24 jam setelah melahirkan.
ibu diperbolehkan berdiri atau berjalan
- 2) Masa nifas dini, yaitu masa pemulihan 1 sampai 7 hari setelah melahirkan. Pemulihan organ reproduksi secara menyeluruh berlangsung selama 6 minggu. Later puerperium, waktunya 1 sampai 6 minggu setelah kelahiran, merupakan masa yang diperlukan ibu untuk pulih dan dalam keadaan sehat sempurna. Masa sehat bisa berlangsung berminggu-minggu, berbulan-bulan, dan bertahun-tahun.

d. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas (Post Partum)

Berikut 3 tahapan adaptasi psikologis ibu pada masa nifas
Menurut Sutanto (2019) :

- 1) Tahap percakapan (setelah melahirkan hingga hari kedua)
 - a) Emosi ibu yang hanya dipedulikan ibu diri.
 - b) Ibu selalu pasif dan bergantung pada orang lain.
 - c) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran yang berkaitan dengan perubahan pada tubuhnya.
 - d) Ibu akan mengulangi pengalaman melahirkan.
 - e) Perlu tidur yang tenang agar kondisi tubuh kembali normal.
 - f) Ibu sering kali nafsu makannya lebih banyak sehingga perlu menambah asupan gizinya.
 - g) Hilangnya nafsu makan menunjukkan bahwa proses pemulihan tubuh tidak terjadi secara normal.

- h) Psikologis mengalami gangguan.
- 2) Fase Taking Hold (Hari ke-3 sampai 10)
- a) Ibu menjadi khawatir tidak mampu mengasuh anak, muncul perasaan sedih (baby blues).
 - b) Ibu memperhatikan kemampuannya dalam mengasuh anak dan meningkatkan tanggung jawabnya terhadap anaknya.
 - c) Ibu memusatkan perhatiannya pada pengendalian fungsi tubuh, BAK, buang air besar dan daya tahan tubuh.
 - d) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan mengasuh anak seperti menggendong, menyusui, memandikan, mengganti popok.
 - e) Ibu cenderung terbuka terhadap nasehat kebidanan dan kritik pribadi.
 - f) Seorang ibu mungkin menderita depresi pascapersalinan karena merasa tidak mampu membesarkan anaknya.
 - g) Wanita pada masa ini sangat sensitif terhadap ketidakmampuan mereka sendiri, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pengumuman bidan sebagai teguran.
- 3) Fase Letting Go (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)
- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat dirinya dan bayinya. Setelah sang ibu kembali ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarganya.

b) Ibu telah menerima tanggung jawab mengasuh anak dan memahami kebutuhan anak.

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Estihandayani & Wahyu Pujiastuti 2016)

1) Perubahan Integumen

Setelah melahirkan akan terjadi penurunan hormon Estrogen, progesteron dan melanosit stimulating hormon sehingga akan terjadi penurunan kadar warna pada cloasma gravidarum (melasma) dan line nigra. Striae gravidarum (stretch marks) secara bertahap akan berubah menjadi garis berwarna keperakan namun tidak bisa menghilang. Akibat perubahan hormonal dapat menyebabkan rambut mudah rontok mulai minggu ke 4 sampai minggu ke 20 dan akan kembali tumbuh pada bulan ke empat sampai ke 6 bagi sebagian ibu.

2) Perubahan uterus

Pada hari ke-2 pasca persalinan TFU 1 cm di bawah pusat. Hari ke- 3 dan hari ke- 4 TFU 2 cm di bawah pusat, hari ke- 5 sampai hari ke- 7 TFU setengah pusat simfisis, pada hari ke-10 TFU tidak teraba. Lochea Sanguilenta muncul pada hari pertama sampai hari ke 3-7 post partum yang berwarna merah kecoklatan.

3) Perubahan vagina

Vagina mengalami edema dan dapat mengalami lecet, hymen menjadi tidak teratur. Setelah persalinan, vagina

meregang dan membentuk lorong lebar dengan dinding fleksibel dengan ukuran yang semakin kecil.

4) Sistem Endokrin

Setelah persalinan akan terjadi penurunan kadar hormon estrogen, progesteron dan human placental lactogen akan menurun secara cepat. Hormon HCG akan kembali ke kadar tidak hamil dalam waktu 1 sampai 2 minggu.

5) Sistem Urinaria

Pelvis ginjal dan ureter membesar selama kehamilan dan kembali normal pada akhir minggu ke-4 setelah kelahiran. Peningkatan buang air kecil yang normal dimulai segera setelah lahir hingga hari ke 5 setelah lahir. Ureter dan panggul ginjal akan kembali normal 2 hingga 8 minggu setelah lahir.

6) Perubahan tanda - tanda vital

a. Suhu

Suhu tubuh wanita saat melahirkan tidak melebihi $37,2^{\circ}\text{C}$. Setelah lahir akan terjadi peningkatan sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dibandingkan kondisi normal. Setelah 2 jam pertama setelah lahir, suhu tubuh biasanya kembali normal. Jika suhu di atas 38°C , pasien mungkin mengalami infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi ibu berkisar antara 60 sampai 80 kali/menit, yaitu pada akhir persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat total. Ini terjadi pada minggu pertama

setelah kelahiran. Dengan denyut nadi lebih dari 100 menit, Anda harus waspada terhadap kemungkinan terjadinya infeksi atau perdarahan pascapersalinan.

c. Pernafasan

pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16 hingga 24 napas/menit. Pada ibu nifas, pernapasan seringkali lambat atau normal.

d. Tekanan Darah

Tekanan darah < 140/90 mmHg. Tekanan darah dapat meningkat pada periode sebelum melahirkan dan 1 hingga 3 hari setelah melahirkan.

f. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis (Asih & Risneni, 2016).

Menurut Asih dan Risneni (2016), adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini :

1) Fase Taking In

Tahap ini merupakan masa ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua setelah kelahiran. Saat itu, sang ibu hanya fokus pada dirinya sendiri.

2) Fase Taking Hold

Tahap ini berlangsung 3 hingga 10 hari setelah kelahiran. Selama tahap pengasuhan, ibu khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat anaknya. Oleh karena itu, para ibu memerlukan dukungan karena ini adalah kesempatan yang baik untuk mendapatkan berbagai tips untuk menjaga diri dan anak agar semakin percaya diri.

3) Fase Letting Go

Fase ini merupakan masa pengambilan tanggung jawab peran baru yang terjadi 10 hari setelah penugasan. Keinginan untuk menjaga diri sendiri dan bayi Anda meningkat selama periode ini.

g. Kunjungan Pada Masa Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), jadwal pemeriksaan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan nifas pertama/KF1 (6 jam – 2 hari setelah melahirkan)

Pada pemeriksaan pertama, perlu dilakukan perawatan Apa yang perlu dilakukan yang dapat dilakukan adalah mencegah perdarahan dan memberikan nasehat preventif jika terjadi atonia

uteri, mendeteksi dan mengobati penyebab perdarahan lain dan merujuk bila diperlukan, pemberian ASI sejak dini, edukasi bagaimana mempererat hubungan ibu dan anak, menjaga hubungan ibu dan sayang. menjaga bayi tetap sehat dan mencegah hipotermia (Sari & Rimandini, 2014).

2) Kunjungan nifas kedua/KF2 (3 s/d 7 hari pascapersalinan)

Pada kunjungan kedua, perawatan yang diberikan terutama memastikan kontraksi uterus normal, kontraksi uterus baik, TFU di bawah pusar dan tidak ada perdarahan abnormal, kaji adanya infeksi dan demam, pastikan ibu dapat istirahat dengan baik, makan cukup, minum cukup air dan menyusui dengan baik, serta memberikan nasehat cara merawat bayi baru lahir (Sari & Rimandini, 2014).

3) Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8 hari – 28 hari nifas)

Pelayanan yang diberikan pada kunjungan ketiga sama dengan kunjungan kedua.

4) Kunjungan nifas keempat (29 hari – 42 hari pascapersalinan)

Pada kunjungan keempat, asuhan yang diberikan meliputi konseling KB dini dan pertanyaan tentang apa yang menyebabkan ibu mengalami kesulitan dengan ibunya pada masa nifas (Sari & Rimandini, 2014).

h. Macam-macam Lochea

Lochea adalah cairan yang mengalir dari rongga rahim dan vagina pada masa nifas. Ada beberapa jenis kecemasan yaitu :

- a) Lochea rubra : Muncul pada hari pertama atau kedua setelah lahir, berwarna merah dan mengandung darah luka plasenta dan serabut desidua serta klorosis.
- b) Lochea Sanguinolenta : Berwarna merah dan kuning berisi darah dan lendir, dari hari ke 3 sampai ke 7 setelah melahirkan.
- c) Lochea serosa : Berwarna kecoklatan, banyak mengandung serum dan sedikit darah, pada hari ke 7 sampai hari ke 14 setelah lahir.
- d) Lochea alba : Cairan berwarna kuning-putih yang mengandung leukosit, selaput lendir, leher rahim dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu (Asih, Yusari, & Risneni, 2016).

2.1.6 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir antara usia kehamilan 37 hingga 42 minggu, dengan berat lahir 2500 hingga 4000 gram, refleks yang baik, dan kemampuan buang air kecil dalam 24 jam pertama (Vidia, 2016, hal. 1).

Pada setiap kelahiran, beberapa prinsip penting diikuti dalam perawatan bayi baru lahir.

Hal ini termasuk menjaga bayi tetap hangat, memantau tanda-tanda peringatan, memberikan suntikan vitamin K, mengoleskan salep mata antibiotik tetrasiklin 5% pada kedua mata, pemeriksaan fisik, berikanlah imunisasi hepatitis (Vidia, 2016. Hal. 9).

b. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sondakh Sondakh (2014, hal. 150). Bayi baru lahir yang memenuhi kriteria berikut adalah normal.

- 1) Berat lahir bayi 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala bayi 33 ~35cm
- 5) Bunyi jantung 180 denyut/menit pada menit pertama, namun menurun menjadi 120-140 denyut per menit pada 30 menit pertama kehidupan
- 6) Dalam beberapa menit pertama, pernapasan cepat, kurang lebih 80 napas per menit, disertai pernapasan, retraksi lubang hidung, suprasternal dan interkostal, serta mendengus, hanya berlangsung 10 hingga 15 menit.
- 7) Kulit kemerahan dan halus karena jaringan subkutan terbentuk dengan baik ditutupi vernix
- 8) Rambut lanugo menghilang dan rambut kulit kepala tumbuh dengan baik setelahnya
- 9) Kuku cukup panjang dan lembek
- 10) Genetika: Testis turun (pada laki-laki), labia besar menutupi labia minora (pada perempuan)
- 11) Refleks menghisap, menelan, dan moro berkembang
- 12) Buang air besar, urin, dan mekonium biasanya terjadi dalam 24 jam pertama.

c. Penilaian APGAR

Penilaian keadaan umum bayi dimulai sejak menit pertama kehidupan dengan menggunakan skor APGAR, dan pengukuran selanjutnya dilakukan pada menit ke-5 dan ke-10. Evaluasi ini diperlukan untuk melihat apakah bayi anda menderita asfiksia.

Tabel 2.3 Penilaian APGAR SCORE

Keterangan	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
Pulserate (Frekuensi Nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimance (Reaksi)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Batuk/bersin
Activity (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstermitas dalam sedikit fleksii	Gerakan aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/menangis

Sumber: Sondakh, 2015

Setiap variabel diberi nilai 0, 1, 2, dst. Nilai tertinggi adalah 10. Nilai 7 hingga 10 pada menit pertama menandakan bayi Anda baik-baik saja. Skor 4 sampai 6 menunjukkan depresi sedang dan memerlukan beberapa bentuk resusitasi. Skor 0-3 menunjukkan depresi berat serta memerlukan resusitasi segera dan kemungkinan ventilasi (Sondakh, 2015, hal.158).

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut (Suparmi et al., 2018) tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir antara lain: bayi enggan menyusu, kejang-kejang, lemas, sesak napas dengan tertariknya dinding dada bagian bawah ke dalam; Bayi mengerang atau menangis terus-menerus, pusar tali

pusar tertekan, tali pusar merah sampai ke dinding perut, berbau tidak sedap atau bernanah, bayi demam atau demam tinggi, mata bayi bernanah, diare cair >3 kali dalam sehari, kulit dan mata bayi Anda berwarna kuning, atau tinja bayi warnanya pucat.

e. Kunjungan Neonatal

1) Kunjungan Neonatal 1 (KN 1)

Menurut menurut (Depkes RI, 2015), kunjungan dilakukan dalam kurun waktu 6 hingga 48 jam setelah bayi dilahirkan, jaga suhu tubuh bayi, hindari memandikan bayi minimal 6 jam, dan hanya jika ada gangguan kesehatan dan suhu tubuh mencapai 36,5°C, bungkus bayi dengan kain hangat yang kering dan tutupi kepala bayi, pemeriksaan fisik bayi dilakukan di tempat tidur yang hangat dan bersih, serta anjuran mencuci tangan sebelum dan sesudah menggendong bayi, menjaga suhu tubuh, menyusui, dan merawat tali pusat, hal ini memungkinkan ibu untuk memantau tanda-tanda bahaya pada bayi.

2) Kunjungan Neonatal 2 (KN 2)

Menurut (Depkes RI, 2015), Kunjungan Neonatal 2 (KN 2) dilakukan 3-7 hari setelah bayi dilahirkan dengan menjaga tali pusat tetap bersih dan kering, bersihkan bayi Anda, periksa tanda-tanda bahaya pada bayi Anda dan lakukan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.

3) Kunjungan Neonatal 3 (KN 3)

Menurut (Depkes RI, 2015), Kunjungan Bayi Baru Lahir 3 (KN 3) dilakukan pada hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 kehidupan bayi. Menjaga kebersihan bayi, memberikan informasi kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, menjaga keselamatan bayi, jaga kehangatan bayi, anjuran khusus mengenai pemberian ASI, memberikan informasi kepada ibu mengenai vaksinasi BCG dan polio 1.

d. Pengertian Ikterik Pada Bayi Baru Lahir

Ikterik neonatus adalah keadaan dimana mukosa neonatus menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk kedalam sirkulasi (PPNI, 2017).

Ikterik neonatus atau penyakit kuning adalah kondisi umum pada neonatus yang mengacu pada warna kuning pada kulit dan sklera yang disebabkan terlalu banyaknya bilirubin dalam darah (Mendri, 2017).

e. Etiologi Ikterik Pada Bayi Baru Lahir

Penyebab ikterik pada neonatus dapat berdiri sendiri ataupun dapat disebabkan oleh beberapa factor, secara garis besar etiologi ikterik neonatus (PPNI, 2017):

- 1) Penurunan Berat Badan abnormal (7-8% pada bayi baru lahir yang menyusui ASI, >15% pada bayi cukup bulan)
- 2) Pola makan tidak ditetapkan dengan baik
- 3) Kesulitan transisi ke kehidupan ekstra uterin

- 4) Usia kurang dari 7 hari
- 5) Keterlambatan pengeluaran feses (meconium)

f. Klasifikasi Ikterik

Menurut (Ridha, 2014) Ikterik neonatus dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu Ikterik Fisiologis dan Ikterik Patologis:

1) Ikterik fisiologis

Ikterik fisiologis yaitu warna kuning yang timbul pada hari kedua atau ketiga dan tampak jelas pada hari kelima sampai keenam dan menghilang sampai hari kesepuluh. Ikterik fisiologis tidak mempunyai dasar patologis potensi kern icterus. Bayi tampak biasa, minum baik, berat badan naik biasa, kadar bilirubin serum pada bayi cukup bulan tidak lebih dari 12 mg/dl dan pada BBLR 10 mg/dl, dan akan hilang pada hari keempat belas, kecepatan kadar bilirubin tidak melebihi 5% perhari.

2) Ikterik patologis

Ikterik ini mempunyai dasar patologis, ikterik timbul dalam 24 jam pertama kehidupan: serum total lebih dari 12 mg/dl. Terjadi peningkatan kadar bilirubin 5 mg% atau lebih dalam 24 jam. Konsentrasi bilirubin serum melebihi 10 mg% pada bayi kurang bulan (BBLR) dan 12,5 mg% pada bayi cukup bulan, ikterik yang disertai dengan proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim G-6-PD dan sepsis). Bilirubin direk lebih dari 1 mg/dl atau kenaikan bilirubin serum

1 mg/dl per-jam atau lebih 5 mg/dl perhari. Ikterik menetap sesudah bayi umur 10 hari (bayi cukup bulan) dan lebih dari 14 hari pada bayi baru lahir BBLR.

Beberapa keadaan yang menimbulkan ikterik patologis:

- a) Penyakit hemolitik, isoantibody karena ketidakcocokan golongan darah ibu dan anak seperti rhesus antagonis, ABO dan sebagainya.
- b) Kelainan dalam sel darah merah pada defisiensi G-6PD (Glukosa-6 Phostat Dehidrokiknase), talasemia dan lain-lain.
- c) Hemolisis: Hematoma, polisitemia, perdarahan karena trauma lahir.
- d) Infeksi: Septisemia, meningitis, infeksi saluran kemih, penyakit, karena toksoplasmosis, sifilis, rubella, hepatitis dan sebagainya.
- e) Kelainan metabolik: hipoglikemia, galaktosemia.
- f) Obat- obatan yang menggantikan ikatan bilirubin dengan albumin seperti sulfonamida, salisilat, sodium benzoate, gentamisin, dan sebagainya.
- g) Pirau enterohepatic yang meninggi: obstruksi usus letak tinggi, penyakit hiscrung, stenosis, pilorik, meconium ileus dan sebagainya.

g. Manifestasi Klinis

Dikatakan Hiperbilirubinemia apabila ada tanda-tanda sebagai berikut (Ridha, 2014):

- 1) Warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lender, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin
- 2) Ikterik terjadi pada 24 jam pertama
- 3) Peningkatan konsentrasi bilirubin 5 mg% atau lebih setiap 24 jam
- 4) Konsentrasi bilirubin serum 10 mg% pada neonatus cukup bulan, dan 12,5 mg% pada neonatus kurang bulan
- 5) Ikterik yang disertai proses hemolisis
- 6) Ikterik yang disertai dengan berat badan lahir kurang 2000 gr, masa esfasi kurang 36 mg, defikasi, hipoksia, sindrom gangguan pernafasan, infeksi trauma lahir kepala, hipoglikemia.

2.2 Teori Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian

a. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan mengacu pada fungsi, aktivitas, dan kegiatan bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien dengan kebutuhan dan permasalahan kebidanan, meliputi kehamilan, persalinan, nifas, neonatal, keluarga berencana, kesehatan reproduksi wanita, dan pelayanan kesehatan masyarakat (Margiyati, 2014).

b. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan ialah pendekatan dan kerangka yang digunakan bidan untuk menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis yang mencakup pengumpulan data, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, dan evaluasi.

2.2.2 Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan merupakan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dari pengumpulan data dan berakhir dengan evaluasi (Depkes, 2015).

a. Langkah 1 yaitu pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data yang dapat dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dengan pemeriksaan penunjang.

1) Data Subjektif

Menurut Yulifah dan Surachmindar (2014) mengemukakan bahwa data subyektif' adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap situasi data kejadian.

a) Biodata, menyangkut biodata pasien atau klien

(a) Nama

ibu dan suami digunakan untuk dapat mengenai atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Diana, 2017).

(b) Umur/ usia

Umur sehat saat masa kehamilan yaitu antara 20-35 tahun, sedangkan umur >20 tahun atau >35 tahun adalah umur yang kurang baik untuk ibu mengandung (Leti A dan Erli Z, 2021).

(c) Agama

Agama ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien. Dengan diketahui agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan (Leti A dan Erli Z., 2021).

(d) Pendidikan

pendidikan ditanyakan sebagai acuan bidan dalam menentukan asuhan yang tepat dan menyampaikan informasi berdasarkan tingkat pendidikannya (Sulistyawati, 2014)

(e) Pekerjaan

Ditanyakan untuk menggambarkan tingkat ekonomi sosial pasien, pola sosialisasi dan data pendukung dalam

menentukan pola komunikasi selama dilakukan asuhan (Yulifah, 2015).

(f) Alamat

Alamat ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan keadaan mendesak. Dengan mengetahui alamat, bidan juga dapat mengetahui tempo tinggal dan lingkungannya (Leti A dan Erli Z, 2021).

a) Keluhan utama/ alasan datang

Menurut Sulistyawati (2014), keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke faskes.

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui berapa kali ibu pernah hamil, melahirkan dan adakah komplikasinya

c) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Sulistyawati (2014), kunjungan antenatal care (ANC) minimal satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu). Dalam hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, sebab ibu tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester I.

Menurut Yulifah (2014), imunisasi TT perlu diberikan pada ibu hamil guna memberikan kekebalan pada janin terhadap infeksi tetanus pada saat persalinan, maupun

post natal. Lama perlindungan imunisasi TT yaitu TT I tidak ada, TT 2 lama perlindungan 3 tahun, TT 3 lama perlindungan 5 tahun, TT 4 lama perlindungan 10 tahun, TT 5 lama perlindungan 25 tahun/ seumur hidup.

Menurut (Pantikawati (2015), selama kehamilan ibu hamil harus mengkonsumsi tablet tambah darah minimal 90 tablet.

d) Riwayat Obstetri

Menurut (Magiyati, 2014) riwayat obstetri dan ginekologi untuk mengetahui riwayat persalinan dan kehamilan yang lalu. Jika riwayat persalinan lalu buruk maka kehamilan saat ini harus diwaspadai.

e) Riwayat Menstruasi

Menurut (Sulistyawati. 2014), menarche adalah usia pertama mengalami menstruasi, untuk wanita Indonesia menarche terjadi pada usia sekitar 12-16 tahun.

Menurut Sulistyawati (2014), siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya sekitar 23-32 hari.

Menurut buku yang ditulis (Sulistyawati, 2014) idealnya lama menstruasi terjadi selama 4-7 hari. Banyaknya pemakaian pembalut antara 1-3 kali ganti pembalut dalam

sehari, dan adanya dismenorea disebabkan oleh faktor anatomis maupun adanya kelainan ginekologis.

f) Riwayat Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2015) menanyakan riwayat KB adalah untuk mengetahui kapan, berapa lama dan jenis kontrasepsi yang digunakan.

g) Riwayat Kesehatan

Menurut Rita Yulifah (2015), riwayat digunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa kehamilan. Adanya perubahan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan.

(a) Riwayat kesehatan sekarang

(b) Riwayat kesehatan yang lalu

(c) Riwayat kesehatan keluarga

i) Lingkungan Tempat Tinggal

Untuk mengetahui klien tinggal dengan siapa saja dan hewan peliharaan yang di miliki.

j) Pola Kebutuhan Sehari-hari

Pola kebutuhan sehari-hari meliputi pola nutrisi, eliminasi, istirahat, aktivitas, pola seksual.

k) Riwayat Psikologi

Untuk mengetahui tanggapan klien terhadap kondisi yang dialami, saat menjalankan ibadah atau tidak pengetahuan

ibu tentang kondisi yang dialami, termasuk pemecahan masalah.

1) Riwayat Perkawinan

Ditanyakan kepada klien untuk mengetahui apakah klien sudah berkeluarga atau belum, sebab ini berpengaruh pada kondisi klien.

2) Data Obyektif

Menurut Prawirohardjo (2014), didapatkan dengan cara pemeriksaan fisik seperti keadaan umum diantaranya tanda vital, pemeriksaan jantung dan paru, pemeriksaan payudara, kelainan otot dan rangka, pemeriksaan abdomen terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan serta pemeriksaan laboratorium.

a) Inspeksi

Pada dinding kulit perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut *linea nigra*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.

b) Palpasi

Menurut (Sulistyawati, 2014), pemeriksaan palpasi abdomen menggunakan cara Leopold I untuk mengetahui TFU dan bagian yang berada pada fundus, Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada disebelah kanan dan kiri ibu, Leopold III untuk menentukan bagian bawah janin, Leopold IV untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum.

c) Auskultasi

Auskultasi adalah mendengarkan denyut jantung janin dalam rahim. Jantung janin dapat didengar menggunakan beberapa alat seperti stetoskop, leannec, atau alat dopto/Doppler.

d) Perkusi

Pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan cara mengetuk. Yang termasuk ke dalam pemeriksaan perkusi ini yaitu pemeriksaan reflek patella yang biasa dilakukan pada ibu hamil

e) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan seperti kadar haemoglobin, hematocrit, golongan darah, HbsAg, dan kadar leukosit, serta pemeriksaan urin.

b. Langkah II yaitu interpretasi data

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat menentukan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat di definisikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hasil pengkajian.

1) Diagnosa Nomenklatur

Nomenklatur diagnosa kebidanan adalah suatu sistem nama yang telah terklarifikasikan dan di akui serta di syahkan oleh profesi, digunakan untuk menegakkan diagnosa sehingga keputusannya. memudahkan pengambilan Dalam nomenklatur kebidanan mempunyai standar yang harus di patuhi.

2) Diagnosa Masalah

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa tetapi membutuhkan penanganan.

3) Diagnosa Kebutuhan

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan kebutuhan penanganan segera

c. Langkah III yaitu mengidentifikasikan diagnosa potensial dan mengantisipasi penanganan

Mengidentifikasi masalah atau mendiagnosa potensial berdasarkan potensi yang sudah diidentifikasi. Langkah ini

membutuhkan antisipasi atau pencegahan jika kemungkinan di lakukan pencegahan.

- d. Langkah IV yaitu mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera dan kolaborasi.

Menurut Siwi (2016), mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan/ dokter untuk konsultasi atau tangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain

- e. Langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan terhadap diagnosa dan masalah yang sudah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi ataupun data dasar yang tidak lengkap sehingga dapat dilengkapi.

- f. Langkah VI yaitu penatalaksanaan asuhan

Pada langkah ini yang dapat dilakukan secara mandiri, pada penanganan kasus yang didalamnya memerlukan tindakan diluar kewenangan bidan, perlu dilakukan kegiatan kolaborasi atau rujukan segera.

- g. Langkah VII yaitu evaluasi

Langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan yang dapat meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah sesuai dengan kebutuhan atau tidak.

2.2.3 Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Dalam metode SOAP, S adalah data subyektif, O adalah data obyektif, A adalah Analysis/Assesment, dan P adalah Planning merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP. ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Sumiaty, 2014).

- a. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosa. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
- b. Data obyektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostic lain, Catatan medic dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
- c. Analysis/ Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan data obyektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk melakukan analisis data yang dinamis tersebut tersebut dalam rangka mengikuti

perkembangan data pasien. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis atau masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosa/ masalah potensial dan tindakan segera.

- d. Planning/ perencanaan menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assessment (Yulifah dan Surachmindar, 2014).

2.3 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

2.3.1 Landasan Hukum

Undang-undang baru Nomor 4 Tahun 2020 tentang kebidanan dalam lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 56 dan penjelasan atas UU No. 4 Tahun 2020.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Anak

- a. Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, bidan berwenang :

- 1) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, balita, dan anak-anak prasekolah.
- 2) Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat.
- 3) Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi balita dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang dan rujukan.

- 4) Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

b. Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf c, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 49 sampai dengan pasal 51 diatur dengan Peraturan Menteri

Paragraf 4

Pelimpahan Wewenang

d. Pasal 53

Pelimpahan Wewenang sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf d terdiri atas:

- 1) Pelimpahan secara mandat
- 2) Pelimpahan secara delegatif

e. Pasal 54

- 1) Pelimpahan wewenang secara mandate sebagaimana dimaksud dalam pasal 53 huruf a diberikan oleh dokter kepada bidan sesuai kompetensinya.
- 2) Pelimpahan wewenang secara mandate sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertulis
- 3) Pelimpahan wewenang secara mandate sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan tanggung jawab benda pada pemberi pelimpahan wewenang
- 4) Dokter yang memberikan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala.

f. Pasal 55

- 1) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud dalam pasal 53 huruf b diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah kepada Bidan.
- 2) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu atau program pemerintah.
- 3) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.

g. Pasal 56

- 1) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf e merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan atau tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempay Bidan bertugas
- 2) Keadaan tidak adanya tenaga medis dan atau tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- 3) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan.
- 4) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah.
- 5) Dalam menyelenggarakan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan Organisasi Profesi Bidan dan atau Organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

h. Pasal 57

- 1) Program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 55 ayat (2) huruf b merupakan penugasan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk melaksanakan program pemerintah.
- 2) Program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
- 3) Pelaksanaan program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan.
- 4) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada yata (3) dilakukan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.
- 5) Dalam menyelenggarakan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan Organisasi Profesi Bidan atau Organisasi Profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi

i. Pasal 58

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dala pasal 53 samapi dengan pasal 57 diatur dengan Peraturan Menteri

Paragraf 5

Keadaan Gawat Darurat

j. Pasal 59

- 1) Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- 2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien.
- 3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa klien.
- 4) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- 5) Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) samapi dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.3.2 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut (Midwifery Update, 2016), adapun ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 31 standar yang dikelompokan sebagai berikut:

a. Standar praktik bidan secara umum (2 standar)

Standar 1: persiapan kehamilan, persalinan dan periode nifas yang sehat.

Standar 2: pendokumentasian

b. Standar praktik bidan pada kesehatan ibu dan anak (13 standar)

1) Standar praktik bidan pada pelayanan ibu hamil (5 standar)

Standar 3: identifikasi ibu hamil

Standar 4: pemeriksaan antenatal dan deteksi dini komplikasi

Standar 5: penatalaksanaan anemia pada kehamilan

Standar 6: persiapan persalinan

Standar 7: pencegahan HIV dari ibu dan ayah ke anak

2) Standar praktik bidan pada pada pelayanan ibu bersalin (3 standar)

Standar 8: penatalaksanaan persalinan

Standar 9: asuhan ibu postpartum

Standar 10: asuhan ibu dan bayi selama masa postnatal

3) Standar praktik bidan pada kesehatan anak (5 standar)

Standar 11: asuhan segera pada bayi baru lahir normal

Standar 12: asuhan neonates

Standar 13: pemberian imunisasi dasar lengkap

Standar 14: pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah

Standar 15: manajemen bayi berat lahir rendah

c. Standar praktik kesehatan reproduksi perempuan dan KB (5 standar)

Standar 16: kesehatan reproduksi perempuan

Standar 17: konseling dan persetujuan tindakan medis

Standar 18: pelayanan kontrasepsi pil

Standar 19: pelayanan kontrasepsi suntik

Standar 20: pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK/ Implan)

Standar 21: pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

d. Standar praktik bidan pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal (10 standar)

Standar 22: penanganan perdarahan pada kehamilan muda (<22 minggu)

Standar 23: penanganan perdarahan dalam kehamilan (>22 minggu)

Standar 24: penanganan preeklamsia dan eklamsia

Standar 25: penanganan partus lama atau macet

Standar 26: penanganan gawat janin

Standar 27: penanganan retensio plasenta

Standar 28: penanganan kebidupan post primer

Standar 29: penanganan perdarahan postpartum sekunder

Standar 30: penanganan sepsispuerperalis

Standar 31: penanganan asfiksianeonatorum

Standar pelayanan kebidanan pada penanganan anemia dalam kehamilan adalah sesuai standar 5 yaitu penatalaksanaan anemia dalam kehamilan/bidan menemukan perubahan kadar Hb pada kehamilan dan mengambil tindakan yang tepat. Tujuan dari dilakukannya standar ini yaitu bidan dapat mengenali dan menemukan secara dini adanya anemia pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan bidan yaitu rutin memeriksa kadar Hb ibu setiap 1 minggu sekali menjelang persalinan dan mencatatnya. Jika terdapat kadar Hb <11gr% maka dilakukan tindakan yang diperlukan. Hasil yang diharapkan dari penatalaksanaan standar ini adalah ibu hamil dengan anemia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.

2.3.3 Kompetensi Bidan

Menurut (Aticeh, dkk, 2014), kompetensi bidan adalah:

- a. Kompetensi ke 1: bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang dapat membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

- b. Kompetensi ke 2: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, untuk mengoptimalkan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan.
- c. Kompetensi ke 3: bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan.
- d. Kompetensi ke 4: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- e. Kompetensi ke 5: bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- f. Kompetensi 6: hidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- g. Kompetensi ke 7: hidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun).
- h. Kompetensi ke 8: hidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- i. Kompetensi ke 9: melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.