

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yuli, 2017).

2.1.2 Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan Trimester III di mulai dari minggu ke 24 sampai minggu ke 40 Pada trimester ini semua organ tubuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi menendang atau menonjok serta dia sudah mempunyai periode tidur dan bangun. Massa tidurnya jauh lebih lama dibandingkan masa bangun. Paru-paru berkembang pesat menjadi sempurna. Pada bulan ke sembilan, janin mengambil posisi kepala di bawah dan siap untuk dilahirkan. Berat bayi lahir antara 3kg sampai 3,5kg dengan panjang 50cm (Kusmiyati, 2009).

2.1.3 Pengertian Perdarahan Pada Kehamilan

Perdarahan saat hamil merupakan kondisi yang cukup sering terjadi pada trimester awal kehamilan. Sekitar 20 persen wanita hamil pernah mengalami perdarahan saat hamil, khususnya pada 12 minggu pertama kehamilan. Kondisi ini tidak selalu menandakan adanya masalah yang serius dalam kehamilan. Namun jika mengalaminya, ibu hamil disarankan untuk beristirahat dan hindari bepergian jauh atau naik motor di jalan yang tidak mulus. Namun, kondisi ini tetap harus diwaspadai oleh para wanita hamil, sebab perdarahan saat hamil bisa menjadi tanda terjadinya keguguran, perdarahan implantasi, kehamilan ektopik, kehamilan mola, solusio plasenta, plasenta previa atau kondisi lain yang dapat membahayakan wanita hamil.

2.1.4 Faktor-Faktor Penyebab Perdarahan

a. Faktor Langsung :

1. Solusio Plasenta.

Solusio plasenta yaitu terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari lokasi implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya atau sebelum janin dilahirkan definisi ini berlaku pada kehamilan dengan usia kehamilan (masa gestasi) diatas 22 minggu atau berat janin diatas 500 gr. Proses solusio plasenta dimulai dengan terjadinya perdarahan dalam desidua basalis yang menyebabkan hematoma retroplasenter. Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh solusio plasenta lebih berbahaya daripada plasenta previa. Darah yang keluar dapat tertahan di antara plasenta yang masih melekat dengan dinding uterus, mengakibatkan terbentuknya hematoma retroplasenta.

Perdarahan yang tersembunyi ini sering menyebabkan diagnosis terlambat ditegakkan, sehingga lebih membahayakan bagi ibu maupun janinnya. Studi di India menyebutkan insidensi solusio plasenta berkisar antara 0,2 -2 %. Sumber lain menyebutkan bahwa kasus solusio plasenta terjadi pada 1 dari 150 kelahiran. Kasus yang lebih parah hingga menyebabkan kematian janin, insidensinya lebih rendah yaitu sekitar 1 dari 800 kelahiran.

a) Klasifikasi

- 1) Solusio plasenta parsialis : bila hanya sebagian saja plasenta terlepas dari tempat perlekatannya
- 2) Solusio plasenta totalis(Komplek) :bila seluruh plasenta sudah terlepas dari perlekatannya
- 3) Prolapsus plasenta : kadang-kadang plasenta ini turun kebawah yang terdapat teraba pemeriksaan dalam

a. Solusio plasenta dibagi menurut tingkat gejala klinik yaitu :

1. Kelas 0: Asimptomatik.

Diagnosis ditegakkan secara retrospektif dengan menemukan hematoma atau daerah yang mengalami pendasakan pada plasenta. Ruptur sinus marginalis juga dimasukkan dalam kategori ini.

2. Kelas 1 :Gejala klinis ringan dan terdapat hampir 48% kasus.

Solusio plasenta ringan yaitu :rupture sinus marginalis atau terlepasnya sebagian kecil plasenta yang tidak berdarah banyak,sama sekali tidak mempengaruhi keadaan ibu atau janinnya..

Gejala:perdarahan pervaginam yang berwarna kehitam-hitaman dan sedikit sekali bahkan tidak ada,perut terasa agak sakit terus-menerus dan agak tegang ,tekanan darah dan denyut jantung maternal normal,tidak ada koagulasi dan tidak ditemukan tanda –tanda fetal distress.

3. Kelas II :gejala klinik sedang dan terdapat hampir 27% kasus.

Solusio plasenta sedang dalam hal ini plasenta telah lebih dari seperempatnya tetapi belum dua pertiga luas permukaannya.

Gejala:perdarahan pervaginam yang berwarna kehitam-hitaman, perut mendadak sakit terus-menerus dan tidak lama kemudian disusul dengan perdarahan pervaginam walaupun tampak sedikit tapi kemungkinan lebih banyak perdarahan di dalam ,didinding uterus teraba terus-menerus dan nyeri tekan sehingga bagian janin sulit diraba,apabila janin masih hidup bunyi jantung sukar didengar dengan stetoskop biasa harus dengan stetoskop ultasonic,terdapat fetal distress dan hipofibrinogenemi(150-250%mg/dl).

4. Kelas III :gejala berat terdapat hampir 24% kasus.

Solusio plasenta berat:plasenta lebih dari dua pertiga permukaannya terjadinya sangat tiba-tiba biasanya ibu masuk syok dan janinya telah meninggal.

Gejala:ibu telah masuk dalam keadaan syok dan kemungkinan janin telah meninggal,uterus sangat tegang seperti papan dan sangat nyeri,perdarahan pervaginam tampaknya tidak sesuai dengan keadaan syok ibu,perdarahan pervaginam mungkin belum sempat terjadi

besar kemungkinan telah terjadi kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal, hipofibrinogenemi (<150 mg/dl)

- b. Berdasarkan ada atau tidaknya perdarahan pervaginam
 1. Solusio plasenta ringan
Perdarahan pervaginam < 100-200 cc. Terjadi perdarahan pervaginam, gejala klinis sesuai dengan jumlah kehilangan darah, tidak terdapat ketegangan uterus, atau hanya ringan.
 2. Solusio plasenta sedang
Perdarahan pervaginam > 200 cc, hipersensitifitas uterus atau peningkatan tonus, syok ringan, dapat terjadi fetal distress.
 3. Solusio plasenta berat
Perdarahan pervaginam luas > 500 ml, uterus tetanik, syok maternal sampai kematian janin dan koagulopati..
- c. Berdasarkan luasnya bagian plasenta yang terlepas dari uterus
 1. Solusio plasenta ringan
Plasenta yang kurang dari 1/4 bagian plasenta yang terlepas. Perdarahan kurang dari 250 ml.
 2. Solusio plasenta sedang
Plasenta yang terlepas 1/4 - 1/2 bagian. Perdarahan <1000 ml, uterus tegang, terdapat fetal distress akibat insufisiensi uteroplasenta.
 3. Solusio plasenta berat
Plasenta yang terlepas > 1/2 bagian, perdarahan >1000 ml, terdapat fetal distress sampai dengan kematian janin, syok maternal serta koagulopati

b) Etiologi

Penyebab utama dari solusio plasenta masih belum diketahui dengan jelas. Meskipun demikian, beberapa hal di bawah ini diduga merupakan faktor-faktor yang berpengaruh pada kejadiannya, antara lain sebagai berikut :

1. Hipertensi esensial atau preeklamsi.

2. Tali pusat yang pendek karena pergerakan janin yang banyak atau bebas.
3. Trauma abdomen seperti terjatuh terkelungkup, tendangan anak yang sedang di gendong.
4. Tekanan rahim yang membesar pada vena cava inferior.
5. Uterus yang sangat kecil.
6. Umur ibu (<20 tahun atau >35 tahun)
7. Ketuban pecah sebelum waktunya.
8. Mioma uteri.
9. Defisiensi asam folat.
10. Merokok, alcohol, dan kokain.
11. Perdarahan retroplasenta.
12. Kekuatan rahim ibu berkurang pada multiparitas.
13. Peredaran darah ibu terganggu sehingga suplay darah ke janin tidak ada.
14. Pengecilan yang tiba-tiba pada hidramnion dan gemeli.

Faktor-faktor yang mempengaruhi solusio plasenta antara lain sebagai berikut :

- a. Faktor vaskuler (80-90%) yaitu toksemia gravidarum, glomerulonefritis kronik ,dan hipertensi esensial. Adanya desakan darah yang tinggi membuat pembuluh darah mudah pecah sehingga terjadi hematoma retroplasenter dan plasenta sebagian terlepas.
- b. Faktor trauma.
 1. Pengecilan yang tiba-tiba dari uterus pada hidramnion dan gemeli.
 2. Tarikan pada tali pusat yang pendek akibat dari pergerakan janin yang banyak/bebas, atau pertolongan persalinan.
- c. Faktor paritas
 1. Lebih banyak dijumpai pada multi dari pada primi. Holmer mencatat bahwa dari kasus solusio plasenta dijumpai 45 multi dan 18 primi

2. Pengaruh lain seperti anemia, malnutrisi, tekanan uterus pada vena cava inferior, dan lain-lain.
3. Trauma langsung seperti jatuh, kena tendang dan lain-lain.

A. Patofisiologi

Solusio plasenta merupakan manifestasi akhir dari proses pemisahan vili-vili khorialis plasenta dari tempat implantasinya pada desidua basalis sehingga terjadi perdarahan. Terbentuknya hematoma retroplasenta disebabkan oleh putusannya arteri spiralis dalam desidua. Hematoma retroplasenta mempengaruhi penyampaian nutrisi dan oksigen dari sirkulasi maternal ke sirkulasi janin. Hematoma yang terbentuk dengan cepat meluas dan melepaskan plasenta lebih luas sampai ke bagian pinggirnya sehingga darah yang keluar merembes di antara selaput ketuban dan miometrium untuk kemudian keluar melalui serviks ke vagina, pada tipe *revealed hemorrhage*. Perdarahan pada beberapa kasus tidak bisa berhenti karena uterus yang dalam keadaan hamil tidak dapat berkontraksi untuk menjepit pembuluh arteria spiralis yang terputus. Perdarahan yang tinggal dan terperangkap di dalam uterus disebut sebagai *concealed hemorrhage*.

B. Gejala

Beberapa gejala dari solusio plasenta adalah sebagai berikut :

- 1) Perdarahan yang disertai nyeri.
- 2) Anemia dan syok, beratnya anemia dan syok sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.
- 3) Rahim keras seperti papan dan terasa nyeri saat dipegang karena isi rahim bertambah dengan darah yang berkumpul di belakang plasenta hingga rahim teregang (*uterus en boi*).
- 4) Palpasi sulit dilakukan karena rahim keras.
- 5) Fundus uteri makin lama makin naik.
- 6) Bunyi jantung biasanya tidak ada.
- 7) Pada toucher teraba ketuban yang teregang terus-menerus (karena isi rahim bertambah)

8) Sering terjadi proteinuria karena disertai preeklampsia.

C. Penatalaksanaan

Semua pasien yang diduga menderita solusio plasenta harus dirawat inap di rumah sakit yang memiliki fasilitas cukup lengkap. Pasien yang baru masuk segera dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk kadar Hb dan golongan darah, serta gambaran pembekuan darah dengan memeriksa waktu pembekuan, waktu protrombin, waktu tromboplastin parsial, kadar fibrinogen, dan kadar hancuran fibrin serta fibrinogen dalam plasma. Pemeriksaan dengan ultrasonografi berguna terutama untuk membedakannya dengan plasenta previa dan memastikan janin masih hidup. Diagnosis yang belum dapat dipastikan namun dikhawatirkan sebagai solusio plasenta, meskipun janin hidup dan tidak ada tanda gawat janin, memerlukan observasi yang ketat dengan kesiagaan dan fasilitas yang dapat segera diaktifkan sebagai upaya antisipasi.

Persalinan dapat dilakukan pervaginam maupun perabdominam, bergantung pada banyaknya perdarahan, telah ada tanda-tanda persalinan spontan atau belum, dan tanda-tanda gawat janin. Janin yang masih hidup dan cukup bulan, namun untuk persalinan pervaginam belum ada tanda-tandanya, umumnya merupakan indikasi persalinan melalui bedah sesar darurat (*Emergency Caesarean Section*). Perdarahan yang cukup banyak membutuhkan resusitasi segera dengan pemberian transfusi darah dan kristaloid yang cukup diikuti persalinan yang dipercepat untuk mengendalikan perdarahan dan menyelamatkan ibu serta janin. Bidan yang bertugas dikamar bersalin rumah sakit/rumah bersalin dalam menghadapi pasien (ibu) dengan solusio plasenta, dapat melakukan tindakan ukur tekanan darah, nadi, pernapasan setiap $\frac{1}{4}$ jam sekali. Penyediaan darah secepatnya sebaiknya darah segar dengan jumlah yang telah diperhitungkan dengan perkiraan kehilangan darah.

2. Plasenta Previa.

Plasenta previa adalah plasenta yang terletak abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Mochtar,1998). Keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan yang terjadi pada trimester ketiga kehamilan sehingga tergolong sebagai perdarahan antepartum. Perdarahan yang terjadi setelah bayi atau plasenta dilahirkan umumnya termasuk perdarahan yang berat, dan apabila tidak ditangani secara sigap dapat mengakibatkan syok yang fatal. Keadaan ini harus diantisipasi sedini mungkin, sebelum terjadi perdarahan yang dapat membahayakan ibu dan bayinya. Penyakit ini memiliki gejala berupa perdarahan berulang yang tidak banyak, tidak disertai nyeri, dan timbul pada waktu yang tidak tentu, tanpa adanya trauma. Perdarahan disertai adanya kelainan letak janin, atau pada usia kehamilan lebih tua bagian bawah janin masih mengambang di atas pintu atas panggul dan belum masuk ke rongga panggul. Wanita hamil yang diduga menderita plasenta previa harus secepatnya dirujuk ke Rumah Sakit dan tidak boleh dilakukan pemeriksaan dalam karena hanya akan memperburuk kondisi perdarahan. Menurut browne, klasifikasi plasenta previa didasarkan atas teraba jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu, yaitu:

- a. Plasenta Previa Totalis : bila plasenta menutupi seluruh jalan lahir pada tempat implantasi, jelas tidak mungkin bayi dilahirkan *in order to vaginam* (normal/spontan/biasa) karena risiko perdarahan sangat hebat.
- b. Plasenta Previa Parsialis : bila hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir pervaginam tetapi risiko perdarahan tetap besar.
- c. Plasenta letak rendah : lateralis plasenta, tempat implantasi beberapa milimeter atau cm dari tepi jalan lahir risiko perdarahan tetap ada, namun bisa terbilang kecil, dan bisa dilahirkan pervaginam dengan aman. pinggir plasenta berada kira-kira 3 atau 3 cm diatas pinggir pembukaan, sehingga tidak akan teraba pada pembukaan jalan lahir

d. Plasenta marginal : apabila bagian plasenta menyentuh tepi ostium uteri internum,

1) Etiologi

Penyebab dari plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang diduga kuat menimbulkan kelainan ini. Salah satu penyebab plasenta previa yaitu vaskularisasi desidua yang tidak memadai, sebagai akibat dari proses radang atau atrofi. Multiparitas dan cacat rahim juga berhubungan dengan kejadian plasenta previa. Hal ini berkaitan dengan proses peradangan dan atrofi di endometrium, misalnya bekas bedah caesar, kuretase, dan miomektomi. Cacat bekas bedah caesar bahkan dapat menaikkan insiden dua sampai tiga kali lebih besar. Insidensi plasenta previa meningkat hingga dua kali lipat pada wanita perokok. Hipoksemia akibat zat karbon monoksida hasil pembakaran rokok menyebabkan hipertrofi plasenta sebagai upaya kompensasi. Penyebab lainnya antara lain plasenta yang terlalu besar, misalnya pada kehamilan ganda dan kasus erotroblastosis fetalis. Kelainan tersebut menyebabkan pertumbuhan plasenta melebar ke segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum. (Mochtar,1998).

2) Patofisiologi

Letak plasenta secara fisiologis umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas arah fundus uteri. Hal ini disebabkan permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga tersedia lebih banyak tempat untuk berimplantasi. Plasenta berimplantasi pada tempat tertentu di manaterdapat vena-vena yang lebar (sinus) untuk menampung darah kembali. Suatu ruang vena yang luas di bagian pinggir plasenta berfungsi untuk menampung darah dari ruang intervillier.

Stroma villi korialis menjadi lebih padat pada usia kehamilan sekitar 24 minggu, mengandung fagosit-fagosit, dan pembuluh darahnya menjadi lebih besar serta lebih mendekati lapisan trofoblas. Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada trimester ketiga, sebab pada masa

itulah segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan terkait dengan semakin tuanya usia kehamilan.

Perdarahan umumnya sudah dapat terjadi pada usia kehamilan dibawah 30 minggu, namun lebih dari separuh kejadiannya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 34 minggu.

Manuaba (2008) menyatakan terjadinya implantasi plasenta di segmen bawah rahim dapat disebabkan karena :

- a. endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi,
- b. lapisan endometrium tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin,
- c. vili khorialis pada chorion leave yang persisten.

Usia kehamilan yang bertambah tua menyebabkan segmen bawah uterus melebar dan serviks mulai membuka. Implantasi plasenta yang abnormal pada segmen bawah uterus akan mengakibatkan pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks, serta terjadi pelepasan sebagian plasenta dari dinding uterus. Plasenta yang terlepas mengakibatkan terjadinya perdarahan. Darah pada kejadian terlepasnya plasenta previa berwarna merah segar, berbeda dengan darah pada solusio plasenta yang berwarna kehitaman. Darah yang keluar berasal dari robeknya sinus uterus sebagai akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus. Perdarahan pada kasus ini tidak dapat dihindari karena otot segmen bawah uterus tidak mampu berkontraksi cukup kuat untuk menghentikan perdarahan, sebagaimana otot uterus berkontraksi menghentikan perdarahan pada kala III dengan plasenta yang letaknya normal.

3) Faktor risiko plasenta previa

- a. Riwayat plasenta previa sebelumnya
- b. Riwayat seksio sesarea
- c. Riwayat aborsi
- d. Kehamilan ganda
- e. Umur ibu yang telah lanjut, wanita lebih dari 35 tahun
- f. Multiparitas
- g. Adanya gangguan anatomis/tumor pada rahim, sehingga mempersempit permukaan bagi penempatan plasenta.

- h. Adanya jaringan rahim pada tempat yang bukan seharusnya. misalnya dari indung telur setelah kehamilan sebelumnya kehamilan.
- i. Adanya trauma selama kehamilan.
- j. Mendapatkan tindakan kuretase

4) Penanganan

Menurut (Prawirohardjo, Sarwono, 1997)

- a. Perhatian, tiap-tiap perdarahan tiwulan ketiga yang lebih dari show (perdarahan inisial) harus dikirim ke rumah sakit tanpa dilakukan manipulasi apapun baik rektal apalagi vaginal (Eastmon).
- b. Apabila ada penilaian, baik, perdarahan sedikit, janin masih hidup belum inpartu, kehamilan belum cukup 37 minggu atau berat badan janin dibawah 2500 gr, maka kehamilan dapat dipertahankan, istirahat dan pemberian obat-obatan seperti spasmolitik, progesterin atau progesteron, observasi dengan teliti.
- c. Sambil mengawasi periksa golongan darah dan menyiapkan donor tranfusi darah, bila memungkinkan kehamilan dipertahankan setua mungkin supaya janin terhindar dari prematuritas.
- d. Harus diingatkan bahwa bila dijumpai ibu hamil tersangka plasenta previa rujuk segera ke rumah sakit dimana terdapat fasilitas operasi dan transfusi darah.
- e. Bila kekurangan darah, berikanlah transfusi darah dan obat-obatan penambah darah.

5) Cara persalinan

- a. Persalinan pervaginam
- b. Persalinan perabdominan, dengan seksio sesarea.

3. Perdarahan yang belum jelas sumbernya

b. Faktor Prediposisi :

1. Melebarnya pertumbuhan plasenta (kehamilan kembar, tumbuh kembang plasenta menipis)
2. Kurang suburnya endometrium (malnutrisi ibu hamil, melebarnya plasenta karena gemeli)

3. Terlambat implantasi (endometrium fundus kurang subur, terlambatnya tumbuh kembang hasil konsepsi dalam bentuk blastula yang siap untuk dinidasi)

4. Usia diatas 35 tahun

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

5. Paritas

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

6. Riwayat sectio cesaria (SC)

Cacat pada uterus misalnya akibat operasi bedah sesar, kerokan dan miomektomi berperan dalam proses peradangan dan kejadian atrofi endometrium yang mengakibatkan vaskularisasi desidua yang tidak memadai sehingga menyebabkan plasenta previa. Angka kejadian plasenta previa pada kehamilan kedua dengan persalinan pervaginam saat kehamilan pertama sebesar 4,4 per 1000 kelahiran, sedangkan dengan bedah sesar sebesar 8,8 per 1000 kelahiran.30 Data lain menyebutkan ibu dengan riwayat bedah sesar satu kali mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa. Risiko semakin meningkat seiring dengan bertambahnya riwayat bedah sesar yaitu 4,1 kali untuk 2 kali bedah sesar dan 22,4 kali untuk riwayat 3 kali bedah sesar.

7. Asma

Asma didefinisikan sebagai penyakit inflamasi kronis saluran pernapasan yang dihubungkan dengan hiperresponsif saluran napas, keterbatasan aliran udara yang reversible, dan gejala pernapasan. Gejala pernapasan yang timbul dapat berupa mengi, sesak napas, dada seperti terikat, dan batuk yang bervariasi dalam frekuensi dan intensitas. Gejala ini berhubungan dengan variasi aliran udara ekspirasi karena konstiksi bronkus yang menyebabkan kesulitan dalam mengeluarkan udara dari paru-paru. Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), jumlah penderita asma di seluruh dunia akan mencapai 400 juta orang pada tahun 2025, dengan penambahan 180.000 setiap tahunnya. Seiring dengan peningkatan prevalensi asma di masyarakat, kejadian asma pada kehamilan juga akan sering dijumpai. Prevalensi morbiditas asma pada kehamilan terus meningkat dari tahun ke tahun, meskipun angka mortalitasnya menurun. Prevalensi asma pada kehamilan pada kepustakaan terdahulu dilaporkan 0,4 sampai 1,3%, sedangkan penelitian yang lebih mutakhir melaporkan sekitar 3,7 sampai 8,4%. Di Australia dengan prevalensi asma tertinggi di dunia, pada tahun 1995 didapatkan 12,4% wanita hamil dengan asma. Di Indonesia prevalensi asma berkisar antara 5-7%. Insidensi asma dalam kehamilan adalah sekitar 0,5 – 1 % dari seluruh kehamilan, dimana serangan asma biasanya timbul pada usia kehamilan 24 – 36 minggu, jarang pada akhir kehamilan. Gangguan yang mungkin akan terjadi bagi ibu hamil yang tidak mendapatkan penanganan serius terhadap asma yang derita, antara lain gangguan oksigen untuk bayi, morning sickness, perdarahan vagina, tekanan darah tinggi dan protein dalam urin setelah 20 minggu kehamilan, penghambatan pertumbuhan janin, kesulitan dalam persalinan atau hingga mengalami kelahiran prematur dan juga mempengaruhi berat badan bayi anda setelah lahir, preeklamsia, dan peningkatan insidensi seksio sesarea, tergantung pada derajat beratnya penyakit asma.

Pada asma berat, hipoksia janin dapat terjadi mendahului hipoksia pada ibu. Hipoksia janin akan menyebabkan gawat janin

sebagai akibat penurunan sirkulasi uteroplasenter dan aliran darah balik maternal. Peningkatan pH (alkali) akan menggeser ke kiri kurva disosiasi oksihemoglobin. Hipoksemia maternal menyebabkan penurunan aliran darah pada tali pusat, peningkatan resistensi vaskular pulmonar dan sistemik, dan penurunan curah jantung.

2.1.5 Resiko Pada Kehamilan

A. Anemia

1. Pengertian

Menurut Bobak (2005 dalam Astutik & Ertiana, 2018), Anemia dalam kehamilan dapat diartikan ibu hamil yang mengalami defisiensi zat besi dalam darah. Selain itu anemia dalam kehamilan dapat dikatakan juga sebagai suatu kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) <11 gr% pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar hemoglobin <10,5 gr%. Anemia kehamilan disebut “potential danger to mother and child” (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan. Anemia pada ibu hamil meningkatkan risiko kesakitan dan kematian baik bagi ibu hamil maupun janin yang dikandungnya. Efek anemia terhadap janin yaitu mengakibatkan berat bayi lahir rendah, kelahiran prematur, dan kematian janin. Risiko gawat janin saat persalinan dan kematian intrapartum meningkat hingga dua kali lipat lebih tinggi. Anemia ibu hamil mengakibatkan gangguan penyaluran oksigen dari sirkulasi maternal ke peredaran darah janin, yang akan berpengaruh ke luaran janin setelah persalinan. Hasil analisis morfologi plasenta menunjukkan adanya kalsifikasi dan infark sehingga fungsi plasenta yang menyokong nutrisi pada janin dalam kandungan akan terganggu. Hipertrofi plasenta juga dapat terjadi, yang mengakibatkan retardasi pertumbuhan janin intrauterin dan kelahiran bayi berat lahir rendah. Perubahan patologik ini disebabkan hipoksia akibat rendahnya kadar hemoglobin darah ibu.

Kondisi hamil akan membutuhkan nutrisi yang lebih dari perempuan tidak hamil, seperti kebutuhan nutrisi makro yang dibutuhkan untuk proses pembentukan janin menjadi manusia yaitu protein, dan nutrisi mikro yang berperan sebagai pembentukan organ maupun sel

janin seperti asamfolat, kalsium, vitamin D dan zat besi, selain dari terpenuhinya asupan makanan yang cukup terkadang masalah yang muncul dari seorang ibu hamil adalah tingkat anemia yang tinggi. Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) juga dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu. Untuk itu bagi ibu hamil risiko KEK, yaitu yang memiliki Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5cm, diberikan makanan tambahan. Hasil PSG 2016 didapatkan 79,3% ibu hamil risiko KEK mendapatkan makanan tambahan lebih besar dari target nasional tahun 2016 sebesar 50% (Depkes RI, 2017).

2. Menurut Rukiyah (2010), anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala sebagai berikut :

- a) Letih
- b) Sering mengantuk
- c) Malaise
- d) Pusing
- e) Lemah
- f) Nyeri kepala
- g) Luka pada lidah
- h) Kulit pucat
- i) Membran mukosa pucat (misal, konjungtiva)
- j) Bantalan kuku pucat
- k) Tidak ada nafsu makan
- l) Mual
- m) Muntah.

3. Derajat Anemia

Menurut Manuaba (2001, Ertiana, Astutik, 2016), derajat anemia dibagi menjadi sebagai berikut:

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

4. Penanganan

Jika pada ibu anemia sedang penanganan yang diberikan adalah dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi dan bernutrisi tinggi khususnya yang kaya akan zat besi dan asam folat. Diawal hanya akan membutuhkan tambahan 0,8 mg zat besi per hari di trimester pertama, hingga 7,5 mg per hari pada trimester ketiga. Dan asupan asam folat per trimester berkisar 400 – 600 mcg per hari, makanan yang termasuk mengandung zat gizi tinggi adalah daging rendah lemak, masakan laut seperti cumi, telur, bayam, kacang polong, susu, dan gandum.

Jika pada ibu anemi berat dokter akan menyarankan tes darah untuk mengetahui hemoglobin dan hematokrit. Periksa Frekuensi pernafasan dan nadi, lakukan tranfusi darah jika setelah dilakukan tranfusi darah tetapi masih sama dengan yang awal maka dilakukan tranfusi darah kembali.

B. IUFD

1. Pengertian IUFD

Menurut WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Winkjosastro, 2009). Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati (Saifuddin, 2008).

2. Etiologi IUFD

Menurut Norwitz (2008), penyebab kematian janin dalam rahim yaitu :

- a) 50 % kematian janin bersifat idiopatik (tidak diketahui penyebabnya).
- b) Kondisi medis ibu (hipertensi, pre-eklamsi, diabetes mellitus) berhubungan dengan peningkatan insidensi kematian janin. Deteksi dini dan tata laksana yang sesuai akan mengurangi resiko IUFD.

- c) Komplikasi plasenta (plasenta previa, abruption plasenta) dapat menyebabkan kematian janin. Peristiwa yang tidak diinginkan akibat tali pusat sulit diramalkan, tetapi sebagian besar sering ditemukan pada kehamilan kembar monokorionik/monoamniotik sebelum usia gestasi 32 minggu.
 - d) Penentuan kariotipe janin harus dipertimbangkan dalam semua kasus kematian janin untuk mengidentifikasi abnormalitas kromosom, khususnya dalam kasus ditemukannya abnormalitas struktural janin. Keberhasilan analisis sitogenetik menurun pada saat periode laten meningkat. Kadang-kadang, amniosentesis dilakukan untuk mengambil amniosit hidup untuk keperluan analisis sitogenetik.
 - e) Perdarahan janin-ibu (aliran sel darah merah transplasental dari janin menuju ibu) dapat menyebabkan kematian janin. Kondisi ini terjadi pada semua kehamilan, tetapi biasanya dengan jumlah minimal (<0,1 mL). Pada kondisi yang jarang, perdarahan janin-ibu mungkin bersifat masif. Uji Kleuhauer-Betke (elusi asam) memungkinkan perhitungan estimasi volume darah janin dalam sirkulasi ibu.
 - f) Sindrom antibodi antifosfolipid. Diagnosis ini memerlukan pengaturan klinis yang benar (>3 kehilangan pada trimester pertama >1) kehilangan kehamilan trimester kedua dengan penyebab yang tidak dapat dijelaskan, peristiwa tromboembolik vena yang tidak dapat dijelaskan.
 - g) Infeksi intra-amnion yang mengakibatkan kematian janin biasanya jelas terlihat pada pemeriksaan klinis. Kultur pemeriksaan histology terhadap janin, plasenta/selaput janin, dan tali pusat akan membantu.
3. Predisposisi IUFD
- Menurut Winkjosastro (2009), Pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta.
- a.) Factor maternal antara lain adalah post term(>42 minggu), diabetes mellitus tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi hipertensi, pre-eklamsia, eklamsia, hemoglobinopati, umur

ibu tua, penyakit rhesus, rupture uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi akut ibu, kematian ibu.

- b.) Factor fetal antara lain: hamil kembar, hamil tumbuh terlambat, kelainan congenital, kelainan genetic, infeksi.
 - c.) Factor plasenta antara lain: kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, KPD, vasa previa.
 - d.) Sedangkan factor resiko terjadinya kematian janin intra uterine meningkat pada usia >40 tahun, pada ibu infertil, kemokonsentrasi pada ibu, riwayat bayi dengan berat badan lahir rendah, infeksi ibu (ureplasma urelitikum), kegemukan, ayah berusia lanjut.
 - e.) Manifestasi Klinis IUFD
4. Kriteria diagnostic kematian janin dalam rahim meliputi :
 - a) Rahim yang hamil tersebut tidak bertambah besar lagi, bahkan semakin mengecil.
 - b) Tidak lagi dirasakan gerakan janin.
 - c) Tidak ditemukan bunyi jantung janin pada pemeriksaan.
 - d) Bentuk uterus menjadi tidak tegas sebagaimana suatu kehamilan normal.
 - e) Bila kematian itu telah berlangsung lama, dapat dirasakan krepitasi, yakni akibat penimbunan gas dalam tubuh.
 5. Menetapkan Kematian Janin dalam Rahim

Menurut Nugroho (2012), menetapkan janin dalam rahim meliputi :

 - a) Pemeriksaan terhadap detak jantung (dengan menggunakan stetoskop laeneck, alat dopler).
 - b) Pemeriksaan terhadap tidak adanya gerak jantung, tulang kepala janin berhimpit, tulang belakang makin melengkung (dengan menggunakan USG).
 - c) Pemeriksaan terhadap tulang kepala berhimpit, tulang belakang melengkung, dalam usus janin dijumpai pembentukkan gas (dengan foto rontgen).
 6. Batasan Kematian Janin
 - a.) Menurut WHO dalam Nugroho (2012) : kematian yang terjadi pada janin dengan berat badan lahir lebih dari 1000 gram.

b.) Menurut Prawiroharjo dalam Nugroho (2012) : kematian janin dibagi dalam 4 golongan :

Kelompok I : kematian janin sebelum kehamilan 20 minggu.

Kelompok II : kematian janin pada umur kehamilan 20-28 minggu.

Kelompok III: kematian janin pada umur kehamilan lebih dari 28 minggu.

Kelompok IV : kematian janin yang tidak termasuk tiga golongan di atas

c.) Menurut U.S National Center dalam Nugroho (2012): Kematian janin pada umur kehamilan lebih dari 20 minggu. Menurut FIGO dalam Nugroho (2012): Kelahiran bayi termasuk dengan BBL >500 gram atau lebih sesuai umur kehamilan >22 minggu.

7. Diagnosis IUFD

Menurut Norwitz (2008), diagnosis kematian janin dalam rahim meliputi :

- a) Gejala jika kematian janin terjadi terjadi di awal kehamilan, mungkin tidak akan ditemukan gejala kecuali berhentinya gejala-gejala kehamilan yang biasa dialami (mual, sering berkemih, kepekaan pada payudara). Di usia kehamilan selanjutnya, kematian janin harus dicurigai jika janin tidak bergerak dalam jangka waktu yang cukup lama.
- b) Tanda-tanda ketidakmampuan mengidentifikasi denyut jantung janin pada kunjungan ANC (antenatal care) setelah usia gestasi 12 minggu atau tidak adanya pertumbuhan uterus dapat menjadi dasar diagnosis.
- c) Pada pemeriksaan laboratorium terjadi penurunan kadar gonadotropin korionik manusia (Human Chorionic Gonadotropin atau HCH) mungkin dapat membantu diagnosis dini selama kehamilan.
- d) Pada pemeriksaan radiologis. Secara historis, foto rontgen abdominal digunakan untuk mengkonfirmasi IUFD. Tiga temuan sinar X yang dapat menunjukkan adanya kematian janin meliputi penumpukan tulang tengkorak janin (tanda spalding), tulang punggung janin melengkung secara berlebihan dan adanya gas didalam janin. Meskipun demikian, foto rontgen

sudah tidak digunakan lagi. USG saat ini merupakan baku emas untuk mengkonfirmasi IUFD dengan mendokumentasikan tidak adanya aktifitas jantung janin setelah usia 22 gestasi 6 minggu. Temuan sonografi lain mencakup edema kulit kepala dan maserasi janin

8. Patofisiologi IUFD

Menurut Sastrowinata (2005), kematian janin dalam pada kehamilan yang telah lanjut, maka akan mengalami perubahan-perubahan sebagai berikut :

- a.) Rigor mortis (tegang mati) berlangsung 2,5 jam setelah mati kemudian lemas kembali.
- b.) Stadium maserasi I : timbulnya lepuh-lepuh pada kulit. Lepuh ini mula-mula terisi cairan jernih, tetapi kemudian menjadi merah coklat.
- c.) Stadium maserasi II : timbul lepuh-lepuh pecah dan mewarnai air ketuban menjadi merah coklat. Terjadi 48 jam setelah anak mati.
- d.) Stadium maserasi III : terjadi kira-kira 3 minggu setelah anak mati. Badan janin sangat lemas dan hubungan antara tulang-tulang sangat longgar edema di bawah kulit.

9. Komplikasi IUFD

Menurut Norwitz (2008), sekitar 20-25% dari ibu yang mempertahankan janin yang telah mati selama lebih dari 3 minggu maka akan mengalami koagulopati intravaskuler diseminata (Disseminated Intravascular Coagulopathy atau DIC) akibat adanya konsumsi faktor-faktor pembekuan darah secara berlebihan.

10. Pengelolaan IUFD

Menurut Nugroho (2012), Janin yang mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara:

- a.) Lahir spontan: 75% akan lahir spontan dalam 2 minggu.
- b.) Persalinan anjuran :
 - 1.) Dilatasi serviks dengan batang laminaria Setelah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oksitosin sampai terjadi pengeluaran janin dan plasenta.
 - 2.) Dilatasi serviks dengan kateter folley.
 - a. Untuk umur kehamilan > 24 minggu.

- b. Kateter folley no 18, dimasukan dalam kanalis servikalis diluar kantong amnion.
 - c. Diisi 50 ml aquades steril.
 - d. Ujung kateter diikat dengan tali, kemudian lewat katrol, ujung tali diberi beban sebesar 500 gram.
 - e. Dilanjutkan infus oksitosin 10 u dalam dekstrose 5 % 500 ml, mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 30 menit sampai his adekuat.
- c) Infus oksitosin
- 1) Keberhasilan sangat tergantung dengan kematangan serviks, dinilai dengan Bishop Score, bila nilai = 5 akan lebih berhasil.
 - 2) Dipakai oksitosin 5-10 u dalam dekstrose 5 % 500 ml mulai 8 tetes / menit dinaikkan 4 tetes tiap 15 sampai his adekuat.
- d) Induksi prostaglandin
- 1) Dosis :
 - Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suppositoria 20 mg, diulang 4-5 jam.
 - Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suntikan im 400 mg.
 - Pg-E 2,5 mg/ml dalam larutan NaCL 0.9 %, dimulai 0,625 mg/ml dalam infus.
 - 2) Kontra Indikasi: asma, alergi dan penyakit kardiovaskuler.

11. Pencegahan IUFD

Menurut Winkjosastro (2009), Upaya mencegah kematian janin, khususnya yang sudah atau mendekati aterm adalah bila ibu merasa gerakan janin menurun, tidak bergerak atau gerakan janin terlalu keras, perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi. Perhatikan adanya solusio plasenta. Pada gemeli dengan TT (twin to twin transfusion) pencegahan dilakukan dengan koagulasi pembuluh anastomosis.

2.1.6. Penanganan perdarahan pada kehamilan

Pertama-tama yang perlu ibu lakukan bila terjadi pendarahan saat hamil trimester 3 adalah segera beristirahat. Setelah itu, ibu bisa melakukan cara-cara berikut agar kondisi pendarahan tidak semakin parah:

a. Istirahat Total

Ibu hamil disarankan untuk berbaring dan beristirahat total saat mengalami pendarahan. Kurangi waktu berdiri dan berjalan. Bila perlu, minta izin tidak masuk bagi ibu hamil yang masih bekerja. Beristirahat total membuat plasenta dapat melindungi rahim dan dapat mengurangi pendarahan.

b. ANC Terpadu

Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan, termasuk gizi, agar kehamilan berlangsung sehat, melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan, menyiapkan persalinan yang bersih dan aman, merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi, melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan

c. USG

Pemeriksaan USG biasanya dilakukan untuk memeriksakan segala macam hal yang terkait dengan kehamilan untuk mengetahui jenis kehamilan, memantau bayi dalam kandungan secara keseluruhan, hingga mencari masalah pada tubuh ibu hamil yang bisa merisikokan kehamilannya.

d. Perencanaan persalinan di rumah sakit

Karena kehamilan dalam score pudji rochyati termasuk dalam kehamilan dengan resiko tinggi maka persalinan tidak didapat dilakukan di bidan.

2.1.7 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Asrinah (2010), Beberapa tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III yang harus diwaspadai diantaranya:

a. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu merasakan pandangan menjadi kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

b. Penglihatan Kabur

Apabila masalah penglihatan ini terjadi secara mendadak ataupun tiba-tiba, perlu diwaspadai karena mengaju pada tanda bahaya dalam kehamilan.

c. Bengkak pada Wajah dan Jari-Jari Tangan

Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik lain.

d. Keluar Cairan pada Pervaginam

Yang dinamakan ketuban pecah dini adalah keluar cairan ketuban sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin, oleh kedua faktor tersebut. Juga karena adanya infeksi yang bisa berasal dari vagina ataupun serviks, dan penilaian dilakukan dengan adanya cairan ketuban divagina.

e. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu mulai bisa merasakan gerakan bayinya saat mulai bulan ke-5 atau ke-6, jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat, dan apabila ibu makan dan minum dengan baik.

f. Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat.

2.1.8 Penyulit Kehamilan Trimester III

Menurut Ika (2010), Penyulit kehamilan pada trimester III yaitu :

a. Persalinan Prematuritas

Persalinan Prematuritas (Prematur) adalah persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-36 minggu. hal-hal yang menyebabkan Persalinan Prematuritas adalah sebagai berikut:

1. hamil dengan pendarahan atau kehamilan ganda
2. kehamilan disertai komplikasi (pre-eklamsia dan eklamsi)

3. kehamilan dengan komplikasi penyakit ibu, seperti hipertensi, ginjal, jantung.
- b. Kehamilan Ganda (Kembar)
- c. Kehamilan dengan pendarahan
Pendarahan yang dapat membahayakan dan berhubungan dengan trimester III adalah pendarahan karena plasenta previa dan solutio plasenta.
- d. Kehamilan dengan ketuban pecah dini
Pecahnya selaput janin memberikan peluang dan membuka terjadinya infeksi langsung pada janin.
- e. Kehamilan dengan kematian janin dalam rahim.
- f. Kehamilan lewat waktu persalinan (serotinus).
- g. Kehamilan dengan preklamsia dan eklamsia.

2.1.9 Kunjungan ANC

Kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standar yang ditetapkan. (Depkes RI, 2001:31).

a. Kunjungan ibu hamil KI

Kunjungan baru ibu hamil adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.

b. Kunjungan ulang

Kunjungan ulang adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar selama satu periode kehamilan berlangsung.

c. K4

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standar yang ditetapkan dengan syarat (Sarwono, 2006):

- a) Satu kali dalam trimester pertama (sebelum 14 minggu).
- b) Satu kali dalam trimester kedua (antara minggu 14-28).
- c) Dua kali dalam trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan setelah minggu ke 36).
 - 1) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan-keluhan tertentu

Menurut Manuaba (2010 : 114) jadwal antenatal Care adalah sebagai berikut:

a. Trimester I dan II

1. Setiap bulan sekali
2. Diambil data tentang laboratorium
3. Pemeriksaan ultrasonografi
4. Nasehat diet tentang empat sehat lima sempurna, tambahan protein $\frac{1}{2}$ gr/kg= 1 telur/hari.
5. Observasi adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, komplikasi kehamilan.
6. Rencana untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan dan imunisasi tetanus.

b. Trimester III

1. Setiap dua minggu sekali, sampai ada tanda kelahiran
2. Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
3. Diet 4 sehat 5 sempurna
4. Pemeriksaan ultrasonografi
5. Imunisasi tetanus II
6. Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga
7. Rencana pengobatan
8. Nasehat tentang tanda-tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan.

Tabel. 2.1 ANC Terpadu

No.	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Tremester II	Trimester III	Keterangan
1.	Keadaan Umum	√	√	√	Rutin
2.	Suhu Tubuh	√	√	√	Rutin
3.	Tekanan Darah	√	√	√	Rutin
4.	Berat Badan	√	√	√	Rutin

5.	Lila	√			Rutin
6.	TFU		√	√	Rutin
7.	Presentasi Janin		√	√	Rutin
8.	DJJ		√	√	Rutin
9.	Pemeriksaan Hb	√		√	Rutin
10.	Golongan Darah	√			Rutin
11.	Protein Urine	•	•	•	Atas Indikasi
12.	Gula Darah	•	•	•	Atas Indikasi
13.	Darah Malaria	•	•	•	Atas Indikasi
14.	BTA	•	•	•	Atas Indikasi
15.	IMS/Sifilis	•	•	•	Atas Indikasi
16.	Serologi HIV	•	•	•	Atas Indikasi
17.	USG	•	•	•	Atas Indikasi

2.1.10 Standar Pemeriksaan Ibu Hamil

Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009):

- a. Timbang BB ibu dan ukur tinggi badan
- b. Tekanan Darah
- c. Tinggi Fundus Uteri
- d. Tetapkan Status Gizi (LILA)
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Tetanus toxoid lengkap
- g. Tablet Zat besi, min 90 tablet selama Hamil
- h. Tes Laboratorium
- i. Tatalaksanaan Kasus
- j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Pada kunjungan ulang atau setiap kunjungan bidan harus melakukan hal hal berikut:

Menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis ibu hamil.

1. Memeriksa urine untuk tes protein dan glukosa urine atas indikasi. Bila ada kelainan, ibu di rujuk.
2. Mengukur berat badan dan lingkar lengan atas. Jika beratnya tidak bertambah atau jika LILAny kurang menunjukkan kurang gizi. Beri penyuluhan tentang gizi.
3. Mengukur tekanan darah dengan posisi ibu hamil duduk atau berbaring dengan bantal. Letakkan tensimeter yang sejajar dengan jantungnya. Jika tekanan darah diatas 140/90 mmHg, atau peningkatan diastole 10 mmHg/ lebih sebelum keahilan 16 minggu atau paling sedikit pada pengukuran dua kali berturut - turut dengan selisih waktu 1 jam berarti ada selisih yang nyata dan ibu perlu dirujuk.
4. Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28-30 minggu atau lebih untuk mengetahui tanda anemia.
5. Berikan tablet besi minimal 90 tablet selama hamil dan di minum sehari sekali dengan air putih.
6. Menanyakan adanya tanda gejala PMS.
7. Lakukan pemeriksaan fisik lengkap, termasuk payudara untuk persiapan menyusui.
8. Ukur TFU dalam centimeter. TFU sesudah 24 minggu sama dengan umur kehamilan dalam cm.
9. Mendengarkan denyut jantung dan tanyakan pergerakan janin.

10. Beri nasehat tentang cara perawatan diri selama kehamilan.
11. Dengarkan keluhan dan bicarakan rencana persalinan.

2.1.11 Pemeriksaan Kehamilan

Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah untuk mengetahui dan mencegah sedini mungkin kelainan yang dapat timbul, meningkatkan dan menjaga kondisi badan ibu dalam menghadapi kehamilan, persalinan dan menyusui serta menanamkan pengertian pada ibu tentang pentingnya penyuluhan yang di perlukan wanita hamil

Pemeriksaan kehamilan dilakukan dengan cara, meliputi anamnesis, inspeksi, dan palpasi. Pada anamnesis yang perlu diketahui adalah informasi tentang perkawinan, keluhan, amenorea dan riwayat kehamilan sebelumnya. Inspeksi dilakukan untuk mengetahui keadaan yang berhubungan dengan kehamilan, mulai dari kepala sampai kaki.

A. Tinggi Fundus Uteri

1. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram (Prawirohardjo, 2009).

Selama kehamilan serat otot uterus menjadi regang dan bertambah besar atau hyperplasia. Hal ini terjadi karena pengaruh dari kerja hormon dan tumbuh kembang janin. Pertumbuhan uterus yang terutama terjadi pada trimester kedua adalah proses hipertrofi atau pembesaran ukuran uterus, hal ini terjadi karena adanya berbagai rangsangan pada uterus untuk melakukan pembesaran ukuran. Pertumbuhan janin membuat uterus meregang sehingga menstimulasi sintesis protein pada bagian myometrium uterus (Lalita, Elizabet. 2013).

Pada minggu-minggu pertama kehamilan, uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan

menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda Hegar. Pada akhir kehamilan kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati

(Prawirohardjo, 2009).

2. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran TFU (tinggi fundus uteri) merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini pertama kali diperkenalkan di Amerika oleh Mc. Donald pada tahun 1906-1910, sehingga dikenal juga dengan sebutan 'pengukuran Mc. Donald'. Selain metode ini, ada juga pengukuran lain yaitu teknik pengukuran Caliper. Teknik ini menggunakan jangka lengkung (Caliper), pengukuran dilakukan dengan meletakkan salah satu ujung Caliper di vagina ibu, sedangkan ujung yang lainnya di fundus. Karena pemeriksaan ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu dan berisiko terjadinya infeksi, maka jarang digunakan (Irianti, dkk. 2015).

The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) dan *The Public Health Service Expert Panel (1989)* melakukan advokasi untuk merekomendasikan pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini menjadi pemeriksaan rutin pada kunjungan prenatal. Pengukuran TFU ini didasarkan pada perubahan anatomi dan fisiologi uterus selama kehamilan, fundus menjadi nampak jelas di abdominal dan dapat diukur. Sehingga pertumbuhan uterus dapat dijadikan variabel penanda pertumbuhan janin (Irianti, dkk. 2015). Beberapa rumus yang pernah digunakan dan dipertimbangkan adalah penggunaan rumus Johnson Tausack dan rumus Niswander. Namun dalam penggunaan klinis sehari-hari, metode yang sering dan mudah digunakan adalah Johnson Tausack, selain itu keakuratannya dapat dipertimbangkan. Rumus

tersebut hanya dapat digunakan pada presentasi kepala, dimana pemeriksa sebelumnya melakukan pengukuran tinggi fundus uteri, turunkannya kepala dan dimasukkan kedalam rumus (Damayanti, 2009).

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri menurut Mc. Donald (dalam tafsiran usia kehamilan)

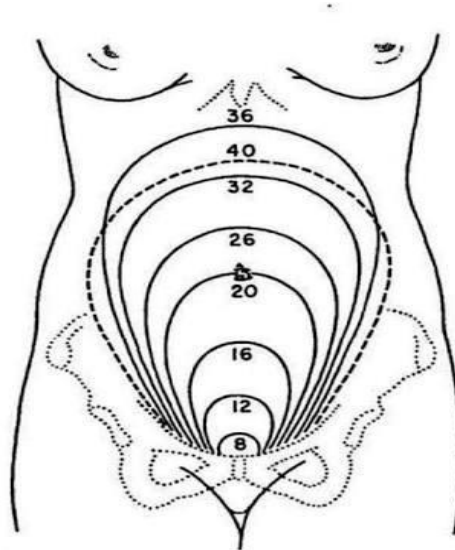
Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	½ simfisis – pusat
20 minggu	3 jari dibawah simfisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	½ pusat – processus xifoideus
36 minggu	Setinggi processus xifoideus
40 minggu	28 jari dibawah processus xifoideus

Sumber : Prawirohardjo (2009).

Jika tinggi fundus belum melewati pusat : UK (minggu) =
hasil ukur + 4

Jika tinggi fundus sudah melewati pusat : UK (minggu) =
hasil ukur + 6

Hasil pengukuran TFU pasien adalah 26 cm pada usia kehamilan 31 minggu. Seharusnya usia gestasi 31 minggu, TFU nya adalah 30 cm. hal ini berarti bahwa TFU pasien tidak normal.



Gambar 2.1 TFU menurut tuanya kehamilan dalam minggu

Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :

Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold (dalam cm)

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (cm)
22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis
38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber : Sari, Anggita dkk. (2015).

3. Fungsi Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri di atas simfisis pubis digunakan sebagai salah satu indikator untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin dan dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan (Mufdlilah, 2009).

4. Teknik Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

a) Teknik Mc Donald

1) Definisi Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya (Mandriwati, 2012).

2) Waktu Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald

Pemeriksaan dilaksanakan setelah melakukan pemeriksaan inspeksi pada abdomen dan jika umur kehamilan ibu sudah mencapai 22 minggu (Mandriwati, 2012).

3) Cara Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald

Berikut tata cara pengukuran tinggi fundus uteri menggunakan teknik Mc Donald:

a. Menyiapkan alat:

1. Alat ukur yang tidak elastis.
2. Kalender kehamilan.
3. Alat – alat ditata pada tempat yang telah disediakan saat mempersiapkan alat untuk pemeriksaan inspeksi.

b. Menyiapkan ibu (dilaksanakan bersamaan dengan persiapan inspeksi):

1. Menjelaskan tujuan pemeriksaan.
2. Mengatur posisi ibu berbaring setengah duduk dengan mengganjal bantal di bagian punggung bawah untuk kenyamanan ibu dan kedua kaki diluruskan.

c. Melaksanakan pemeriksaan

1. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu dan dekatkan meteran sehingga mudah mengambil waktu pemeriksaan.
2. Tangan kiri dan tangan kanan menentukan bagian fundus uteri dan memosisikan supaya fundus uteri berada tepat di tengah abdomen.
3. Setelah fundus uteri diposisikan tepat di tengah abdomen, tangan kiri menahan fundus uteri, tangan kanan menempelkan meteran yang dibalik tepat di tengah, mulai

dari fundus uteri sampai tepi atas tulang simfisis pubis, atau mulai dari tepi atas tulang simfisis pubis sampai fundus uteri.

4. Mengangkat meteran dan membalik, kemudian membaca hasil pengukuran.
5. Menggulung pita meteran dengan rapi dan menempatkan pada tempatnya.
6. Mencatat hasil pemeriksaan pada status ibu.

b) Teknik Palpasi Abdominal

1) Definisi Palpasi Abdominal

Palpasi abdominal adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian perut dengan menggunakan jari atau tangan.

2) Fungsi Palpasi Abdominal

Palpasi dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh, adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

3) Waktu Palpasi Abdominal

Pemeriksaan Leopold dilakukan pada kehamilan cukup bulan, setelah pembesaran uterus yang dapat membedakan bagian-bagian janin (Mufdlilah, 2009).

4) Cara Palpasi Abdominal

Teknik pelaksanaan palpasi menggunakan Manuver Leopold dengan tujuan untuk menentukan posisi janin melalui palpasi abdomen secara sistematis. Palpasi ini menjadi lebih jelas setelah minggu ke-22. Untuk pemeriksaan palpasi Leopold ini, dinding perut harus lemas, tidak sedang berkontraksi. Suhu tangan pemeriksa sebaiknya disesuaikan dengan suhu perut ibu, dengan maksud supaya dinding perut ibu tidak menjadi kontraksi tiba-tiba. Caranya dengan menggosokkan kedua tangan terlebih dahulu. Pemeriksaan Leopold terdiri atas 4 tahap.

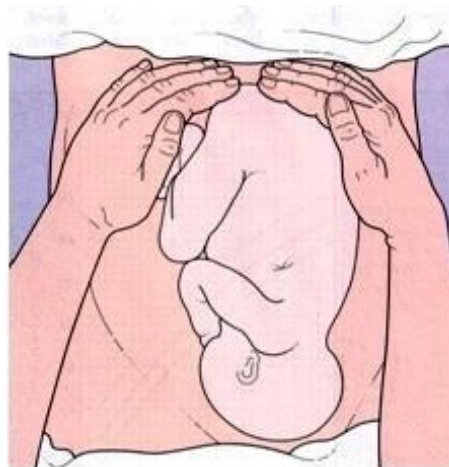
a. Pemeriksaan Leopold I

Leopold I digunakan untuk mengetahui bagian janin yang berada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri. Caranya

dengan meminta klien menekuk kakinya, dan abdomen dikumpulkan ke tengah untuk menentukan tinggi fundus uteri. Abdomen bagian atas kemudian diraba, apakah lunak atau keras. Bila kepala maka teraba bulat dan keras, sedangkan bokong tidak bulat dan lunak. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat janin (TBJ). TFU diukur dengan methelin dari fundus ke simfisis pubis (Kusmiyati, 2011).

Melakukan Manuver Leopold I :

1. Mengatur posisi kaki ibu sedikit ditekuk.
2. Berdiri di sebelah kanan ibu menghadap perut ibu.
3. Gosok kedua tangan agar hangat dan sesuai dengan suhu tubuh ibu.
4. Kedua tangan bawah mengumpulkan rahim ke bagian tengah.
5. Tahan fundus dengan tangan kiri.
6. Ukur TFU dengan jari-jari tangan kanan.
7. Raba bagian fundus untuk menentukan bagian teraba di fundus kepala/bokong/kosong. Bagian kepala, jika teraba bentuknya bulat, keras, mudah digerakkan. Bagian bokong, jika teraba bentuknya bulat tidak beraturan, lunak, dan tidak mudah digerakkan.



Gambar 2.2 Pemeriksaan Leopold I

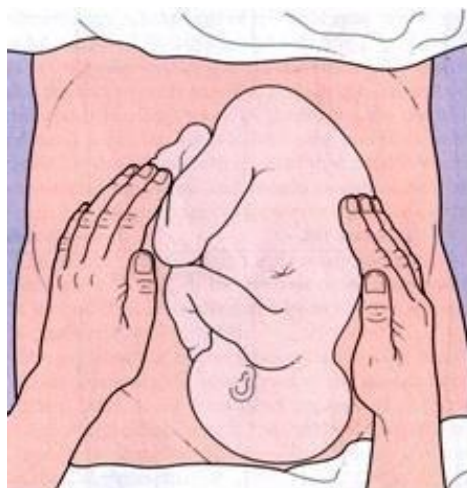
b. Pemeriksaan Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II adalah untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu.

Caranya meraba salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi kiri (puki). Bagian punggung akan teraba jelas, rata, cembung, kaku atau tidak dapat digerakkan. Bagianbagian kecil (tangan dan kaki) akan teraba kecil, bentuk / posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif (Kusmiyati, 2011).

Melakukan Manuver Leopold II :

1. Geser tangan kesisi samping perut ibu (tangan kanan pemeriksa diperut ibu sebelah kiri, tangan kiri pemeriksa diperut sebelah kanan).
2. Tahan perut ibu sebelah kiri dengan tangan kanan, dan raba perut sebelah kanan ibu dengan tangan kiri pemeriksa.
3. Raba dan rasakan bagian-bagian janin, punggung, akan teraba datar dengan tahanan kuat, sedangkan bagian kecil janin akan teraba bagian yang benjol-benjol.
4. Lakukan pada sisi sebaliknya.



Gambar 2.3 Pemeriksaan Leopold II

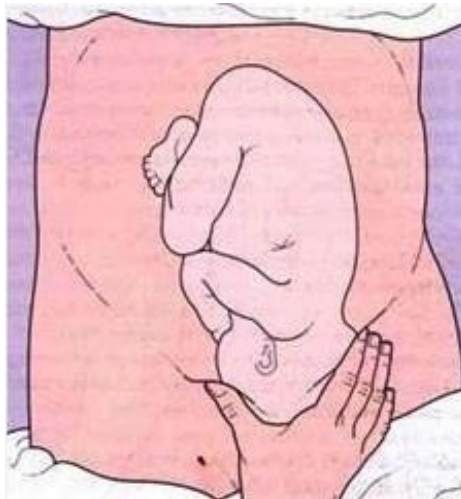
c. Pemeriksaan Leopold III

Tujuan pemeriksaan Leopold III adalah unuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul

(PAP) atau belum (Kusmiyati, 2011).

Melakukan Manuver Leopold III :

1. Geser tangan kanan diatas simfisis untuk menangkap bagian terbawah janin. Bagian kepala akan teraba keras, rata.
Bagian bokong akan teraba lembut dan tidak rata.
2. Tahan fundus uteri dengan tangan kiri.
3. Goyangkan bagian terbawah janin dengan tangan kanan (bila melenting berarti kepala). Bagian kepala akan mudah digerakkan jika tidak terikat/tertahan, sulit digerakkan jika terikat/tertahan
4. Menilai apakah bagian terbawah janin telah masuk pintu atas panggul (PAP).



Gambar 2.4 Pemeriksaan Leopold III

d. Pemeriksaan Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV adalah untuk mengetahui seberapa bagian presentasi janin yang masuk PAP (Kusmiyati, 2011).

Melakukan Manuver Leopold III :

1. Persilakan pasien untuk meluruskan kakinya.
2. Posisi badan berdiri menghadap kaki ibu.
3. Kedua tangan pemeriksa diletakkan disisi bagian bawah rahim (menangkap presentasi janin).
4. Raba dan identifikasi seberapa jauh presentasi janin masuk ke panggul, apabila kedua tangan bertemu (konvergen)

berarti presentasi sebagian kecil presentasi janin masuk PAP, dan bila tangan divergen berarti sebagian besar presentasi janin sudah masuk PAP.



Gambar 2.5 Pemeriksaan Leopold IV

5. Tujuan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Tujuan pemeriksaan tinggi fundus uteri menggunakan teknik Mc Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu, hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir

(HPHT), dan kapan gerakan janin mulai dirasakan (Mandriwati, 2012).

Rumus Mc Donald adalah sebagai berikut :

1. Tentukan tinggi fundus uteri (TFU).
2. Hasil pengukuran TFU dikalikan 2 lalu dibagi 7 untuk mengetahui gambaran umur kehamilan dalam satuan bulan.

Usia kehamilan (hitungan bulan) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 2/7 (Jannah, 2012).

Usia kehamilan (hitungan minggu) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 8/7 (Mufdlilah, 2009).

6. Cara Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Untuk dapat mengukur tinggi fundus uteri dengan keseragaman teknik pengukuran (*uniformity technique*) adalah dengan memposisikan ibu terlentang, memastikan kandung kemih harus dalam keadaan kosong, dan pita ukur dalam keadaan tebal. Secara umum pengukuran TFU

dilakukan dengan menggunakan pita ukur yang tidak elastis, dari tepi atas simfisis pubis menuju *midline* fundus uteri. Pastikan bahwa batas fundus adalah bagian yang tertinggi dari pembesaran uterus (Carles 2013 dalam Irianti, 2015).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mengukur tinggi fundus uteri adalah

- a) Pita pengukur hendaknya terbuat dari bahan yang tidak bisa mengendur (*meteran/methelin*).
- b) Kandung kemih hendaknya kosong.

Pengukuran dilakukan dengan menempatkan ujung dari pita ukur pada tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri dengan tetap menjaga pita ukur menempel pada dinding abdomen (Mandriwati, 2012).

B. Menentukan Usia Kehamilan

1. Menentukan Usia Kehamilan

Menentukan usia kehamilan yang akurat dapat dilakukan dengan 3 metode yaitu :

a) Metode Rumus Neagle

Metode Rumus Neagle digunakan untuk menghitung usia kehamilan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga tanggal saat anamnesa dilakukan. Rumus Neagle memperhitungkan usia kehamilan berlangsung selama 280 hari (40 minggu). Usia kehamilan ditentukan dalam satuan minggu. Selain umur kehamilan, dengan rumus Neagle dapat diperkirakan pula hari perkiraan persalinan/lahir (HPL). Namun rumus ini hanya bisa digunakan untuk ibu yang siklus haidnya teratur.

Cara menghitung Hari Perkiraan Lahir (HPL) :

- 1) Apabila HPHT pada bulan Januari dan pertengahan Maret (Sebelum dari tanggal 25) menggunakan rumus = +7 +9 +0

Contoh : HPHT : 6 Januari 2013

$$= 6 / 1 / 2013$$

$$= +7 +9 +0$$

Jadi HPLnya = 13 / 10 / 2013 (13 Okt 2013)

- 2) Apabila HPHT lebih dari pertengahan Maret (Dari tanggal 25 dan selebihnya) dan bulan seterusnya sampai akhir Desember menggunakan rumus = +7 -3 +1

Contoh : HPHT : 8 Juli 2013

$$= 8 / 7 / 2013$$

$$= +7 -3 +1$$

Jadi HPLnya = 15 / 4 / 2014 (15 Apr 2014)

b) Metode Pengukuran TFU

Metode pengukuran TFU (Tinggi Fundus Uteri) dapat dilakukan dengan menggunakan pita ukur. Titik nol pita pengukur diletakkan pada tepi atas simfisis pubis dan pita pengukur ditarik melewati garis tengah abdomen sampai puncak. Hasil dibaca dalam skala cm, ukuran yang terukur sebaiknya diperkirakan sama dengan jumlah minggu kehamilan setelah 22-24 minggu kehamilan.

c) Metode Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi (USG) merupakan salah satu *imaging diagnostic* (pencitraan diagnostik) untuk pemeriksaan bagian-bagian dalam tubuh manusia, dimana dapat mempelajari bentuk, ukuran anatomis, gerakan serta hubungan dengan jaringan sekitarnya. Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara yaitu:

- 1) Mengukur diameter kantong kehamilan pada kehamilan 6-12 minggu.
- 2) Mengukur jarak kepala bokong pada kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Mengukur diameter biparietal (BPD) pada kehamilan lebih 12 minggu

2. Menentukan Periode Kehamilan

Lamanya hamil normal yang dimulai dari ovulasi sampai partus adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan seluruhnya dibagi menjadi 3 periode. Masing-masing periode lamanya 3 bulan (12 Minggu) (Adriaansz, et. Al, 2007).

a) Trimester I (0-12 Minggu)

Periode trimester I merupakan masa atau fase yang kritis. Pada fase ini embrio tumbuh tulang belakang, otak syaraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan. Jantung mulai memompa darah, bagian utama otak dapat dilihat, telinga dibentuk dari lipatan kulit, ginjal memproduksi urine. Kehamilan pada fase ini mudah terjadi keguguran. Selain itu pada fase ini sering terjadi gejala mual dan muntah. Serta berbagai reaksi adaptasi tubuh karena adanya hormon kehamilan.

b) Trimester II (12-28 Minggu)

Periode trimester II merupakan periode paling stabil, pada periode ini kehamilan sudah terbentuk sempurna. Aktifitas janin sudah dimulai, gerakan janin aktif, pernafasan mulai aktif, mulai terbentuk surfaktan. Ibu sudah mulai beradaptasi sehingga tidak sensitif lagi, ibu merasa senang, sehat dan segar. Secara psikologis ibu sudah menginginkan kehamilan dan ayah sudah mendambakan kehadiran anaknya.

c) Trimester III (28-40 Minggu)

Periode trimester III janin sudah mempunyai simpanan lemak yang berkembang dibawah kulit, mulai menyimpan zat besi, kalium, dan phosphor, sehingga kondisi ibu kembali menjadi rawan. Kehamilan semakin berat dan seluruh tubuh akan membengkak. Ini adalah beban berat bagi si ibu, sehingga ibu sering menjadi cepat lelah dan lemah. Ibu hamil sering terasa panas dan banyak berkeringat

2.1.12 Score Puji Rohjati

Untuk melakukan screening atau deteksi dini ibu beresiko tinggi dapat digunakan Score Puji Rohjati. Dimana dengan Score Puji Rohjati ini kita dapat merencanakan persalinan ibu pada kehamilan sekarang. Score Puji Rochjati dikaji sekali dalam kehamilan kecuali perkembangan kehamilan menjadi patologis sehingga dikaji ulang Score Puji Rochjati.

Keterangan jumlah skor:

- a. Skor 2 : Kehamilan resiko rendah, perawatan oleh bidan, tidak dirujuk.

- b. Skor 6-10 : Kehamilan resiko tinggi, perawatan oleh bidan dan dokter, rujuk di bidan atau puskesmas.
- c. Skor >12 : Kehamilan resiko sangat tinggi, perawatan oleh dokter, rujukan di rumah sakit.

2.1.13 Pemeriksaan Lab pada Ibu Hamil

Saat kehamilan perlu dilakukan serangkaian pemeriksaan laboratorium untuk mencegah hal-hal buruk yang bisa mengancam janin. Hal ini bertujuan untuk skrining/mendeteksi jika terdapat kelainan yang perlu dilakukan pengobatan atau tindakan lebih lanjut. Pemeriksaan laboratorium selama kehamilan dan manfaatnya

a. Hematologi Lengkap

Pemeriksaan hematologi lengkap merupakan tes yang digunakan untuk mendeteksi adanya kelainan pada darah dan komponennya yang dapat menggambarkan kondisi tubuh secara umum. Hematologi lengkap dapat dilakukan selama kehamilan pada trimester pertama, trimester kedua dan saat persalinan.

Kelainan yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan laboratorium selama kehamilan antara lain anemia (hemoglobin rendah) yang umum terjadi pada ibu hamil, kekurangan zat besi, kekurangan asam folat dan bahkan thalassemia yang merupakan kelainan produksi hemoglobin yang bersifat genetik. Tujuannya yaitu:

1. Hemoglobin (Hb) bertujuan untuk mendeteksi anemia - Hb kurang dari 11 g/dl.
2. Indeks eritrosit (MCV, MCH, MCHC) dapat menggambarkan ukuran dan warna sel darah merah sehingga dapat diketahui penyebab anemia apakah karena defisiensi besi atau defisiensi asam folat.
3. Leukosit dapat mendeteksi adanya infeksi dan penyebabnya yang disebabkan oleh bakteri atau virus, dan dapat melihat kekebalan tubuh serta potensi alergi. Kadar abnormal leukosit jika lebih dari 15.000/ul.
4. Retikulosit dapat memberi informasi lebih dini sebagai prediksi anemia dan respons sumsum tulang terhadap suplementasi besi.

5. Golongan darah A-B-O diperlukan untuk dibandingkan dengan golongan darah bayi saat lahir apakah ada kemungkinan inkompatibilitas gol darah A-B-O yang memerlukan tindakan pada bayi. Golongan darah juga perlu diketahui bila diperlukan transfusi pada ibu. Dilakukan pada trimester pertama kehamilan.
6. Faktor rhesus (positif atau negatif). Perlu perhatian khusus bila rhesus istri negatif sedangkan rhesus suami positif. Terdapat kemungkinan rhesus janin positif, sehingga dapat terjadi sensitisasi pada darah ibu yang akan menimbulkan antibodi terhadap rhesus positif. Hal ini dapat membahayakan janin pada kehamilan berikutnya. Untuk itu ibu hamil dengan rhesus negatif harus diberi suntikan pada kehamilan 28 minggu untuk mengikat antibodi terhadap rhesus positif, serta dalam 72 jam setelah melahirkan apabila bayinya rhesus positif.
7. Tes penunjang hematologi lengkap lainnya adalah ferritin yang dapat menggambarkan cadangan zat besi sebagai salah satu penyebab anemia. Ferritin dilakukan pada trimester pertama.

a) Glukosa

Pemeriksaan laboratoium selama kehamilan ini untuk mengetahui kadar glukosa (gula) dalam darah:

- 1) Glukosa puasa (glukosa dalam keadaan puasa 10-12 jam).
- 2) Tes Toleransi Glukosa Oral (glukosa 2 jam setelah minum glukosa 75 gram). HbA1c (Glycosylated hemoglobin) untuk mengetahui kadar glukosa darah rata-rata selama 3 bulan terakhir.

Tujuannya untuk mengetahui apakah terjadi DMG (diabetes mellitus gestasional)/kencing manis dalam kehamilan. Glukosa puasa dan tes toleransi glukosa oral dilakukan bila terdapat risiko DMG pada trimester pertama atau saat pertama terdiagnosis hamil, atau pada usia 24-28 minggu bila tidak ada risiko DMG.

b) Virus Hepatitis

Virus hepatitis sangat potensial untuk ditularkan kepada janin di dalam kandungan, maka pemeriksaan laboratorium penting dilakukan selama kehamilan.

- 1) HBsAg (antigen hepatitis B), untuk mendeteksi adanya virus Hepatitis B.

- 2) Anti HBs (antibodi hepatitis B), untuk mendeteksi apakah sudah memiliki antibodi terhadap hepatitis B.
- 3) Anti HCV Total (antigen hepatitis C), untuk mendeteksi adanya virus Hepatitis C.

c) Serologi

Pemeriksaan marker infeksi VDRL dan TPHA untuk mendeteksi adanya sifilis jika terinfeksi dapat menyebabkan cacat pada janin. Jika terdeteksi maka segera dilakukan terapi.

- 1) VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) yaitu skrining untuk penyakit sifilis.
- 2) TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay), pemeriksaan lanjutan untuk konfirmasi penyakit sifilis.

d) Anti HIV

Anti HIV (Antigen Human Immunodeficiency Virus) bertujuan mendeteksi adanya infeksi virus HIV yang berpotensi menular pada janin. Jika ibu hamil terinfeksi HIV harus segera diterapi dengan antivirus dan persalinannya dilakukan secara bedah sesar untuk mencegah bayi tertular virus HIV. Tes HBsAg, Anti HCV, TORCH, VDRL, TPHA, anti HIV dilakukan pada trimester pertama kehamilan.

e) Urine (Urinalisa)

Tujuan dari pemeriksaan laboratorium ini yaitu untuk mendeteksi infeksi saluran kemih dan kelainan lain di saluran kemih serta kelainan sistemik yang bermanifestasi di urine/air seni. Jika infeksi di saluran kemih tidak diobati, dapat menyebabkan kontraksi dan kelahiran prematur atau ketuban pecah dini. Tes ini dilakukan pada trimester pertama atau kedua kehamilan.

f) Hormon Kehamilan

Tes ini dilakukan pada trimester pertama, yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium:

- a. Hormon HCG darah, yaitu hormon kehamilan dalam darah untuk mendeteksi kehamilan di trimester awal yang meragukan karena belum tampak pada USG.
- b. Hormon Progesteron: Hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah hormon ini cukup kadarnya atau perlu suplemen progesteron dari luar.

- c. Hormon Estradiol: hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah kadarnya normal atau tidak.

g) Virus TORCH

Pemeriksaan laboratorium yang penting selama kehamilan lainnya yaitu pemeriksaan TORCH. TORCH adalah penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan kelainan bawaan/cacat pada janin bila ibu hamil mengidap penyakit tersebut. Pemeriksaan TORCH terdiri dari toksoplasma, rubella, CMV dan herpes. Infeksi TORCH dapat terdeteksi dari adanya antibodi yang muncul sebagai reaksi terhadap infeksi. terdiri dari:

- a. Toxoplasma IgG dan IgM: antibodi terhadap parasit toxoplasma gondii yaitu untuk mendeteksi apakah terdapat infeksi Toxoplasma.
- b. Rubella IgG dan IgM: antibodi terhadap virus campak Jerman, untuk mendeteksi apakah terinfeksi virus tersebut atau tidak.
- c. Cytomegalovirus (CMV) IgG dan IgM: antibodi terhadap virus Citomegalo, untuk mendeteksi apakah terinfeksi virus CMV atau tidak.
- d. Herpes Simplex Virus 1 IgG dan IgM: antibodi terhadap virus herpes simplex 1, untuk mendeteksi apakah terinfeksi HSV1.
- e. Herpes Simplex Virus 2 IgG dan IgM: antibodi terhadap virus herpes simplex 2, untuk mendeteksi apakah terinfeksi HSV2.

Idealnya tes dilakukan pada trimester pertama begitu positif hamil. Tujuannya untuk mengenali status kesehatan ibu hamil dan infeksi yang ada bisa segera mendapat terapi. Pada awal trimester ketiga sebaiknya beberapa pemeriksaan dicek ulang seperti hematologi, tes glukosa darah dan urinalisa. Hal ini untuk mengevaluasi ulang karena pada trimester ketiga beberapa penyakit bisa muncul seperti diabetes dan preeklamsia. Selain itu kondisi anemia bisa muncul kembali akibat hemodilusi pada tubuh ibu hamil.

Jika saat pemeriksaan laboratorium selama kehamilan ditemukan adanya kelainan seperti pembawa thalassemia, maka harus dilakukan pemeriksaan apakah suami juga pembawa thalassemia sehingga berisiko janin penderita thalassemia. Jika terdapat anemia saat persalinan juga dapat diantisipasi dengan menyediakan darah untuk transfusi. (Permenkes, 2014).

2.1.14 Konsep Manajemen SOAP Kehamilan

SOAP Pada Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menurut Sulistyawati, 2017 dalam pendokumentasi asuhan SOAP pada kehamilan, yaitu :

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu pasien ibu hamil atau data yang diperoleh dari anamnesis, anatara lain: biodata, riwayat pasien, riwayat kebidanan, gangguan kesehatan alat reproduksi, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan, status perkawinan, pola makan, pola minum, pola istirahat, aktivitas sehari-hari, personal hygiene, aktivitas seksual, keadaan lingkungan, respon keluarga terhadap kehamilan ini, respon ibu tentang perawatan kehamilannya, perencanaan KB.

a. pengkajian

1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesa/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri (auto anamnesa) atau keluarga (allo anamnesa). Dalam anamnesa perlu dikaji:

a) Identitas klien meliputi:

1) Nama :

Untuk mengenal ibu dan suami.

2) Umur :

Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney, dkk, 2007).

3) Suku/Bangsa :

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.

4) Agama :

Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.

5) Pendidikan :

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

6) Pekerjaan :

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbang kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.

7) Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa di alami ibu hamil trimester III seperti nyeri pinggang, varices, kram otot, hemoroid, sering BAK, obstipasi, sesak napas, dan lain sebagainya.

c) Riwayat perkawinan

Dikaji status perkawinan jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama atau tidak serta mendapat gambaran suasana rumah tangga pasangan.

d) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji seperti menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), volume (berapa banyak ganti pembalut dalam sehari), dan keluhan (misalnya dismenorhoe/nyeri saat haid).

- e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Riwayat kehamilan dikaji untuk mengetahui kehamilan ke berapa, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak, bagaimana keadaan bayi, selama nifas ada atau tidak kelainan dan gangguan selama masa laktasi. Riwayat kehamilan juga dikaji seperti haid pertama haid terakhir (HPHT), taksiran tanggal persalinan (TTP)
- f) Riwayat kehamilan sekarang
Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk mengetahui masalah atau tanda-tanda bahaya dan keluhan-keluhan yang lazim pada kehamilan trimester III. Kunjungan antenatal minimal 4 kali sampai trimester III, kapan pergerakan janin yang pertama sekali dirasakan oleh ibu. Dalam 24 jam berapa banyak pergerakan janin yang dirasakan. Adapun dalam riwayat kehamilan sekarang mengenai keluhan yang dirasakan seperti: rasa lelah, mual muntah, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, rasa gatal pada vulva, dan lainnya.
- g) Riwayat sehari-hari
1. Pola makan dan minum
Minuman air putih 8 gelas/hari. Frekuensi, jenis dan keluhan dalam pola makan dan minum juga perlu dikaji.
 2. Pola eliminasi
Sering BAK dialami pada kehamilan trimester III. Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus yang menyebabkan obstipasi (sulit buang air besar). Frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan eliminasi juga perlu dikaji.
 3. Pola aktivitas
Ibu hamil trimester III boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat, istirahat yang cukup dan makan yang teratur agar tidak menimbulkan keletihan yang akan berdampak pada kehamilan.
 4. Pola tidur dan istirahat
Pada kehamilan trimester III tidur dan istirahat sangat perlu. Di siang hari dianjurkan istirahat/tidur 1-2 jam dan pada malam hari 7-8 jam.

5. Pola seksualitas

Pola seksualitas pada kehamilan trimester III mengalami penurunan minat akibat dari perubahan/ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu. Perlu dikaji frekuensi dan keluhan yang dialami selama berhubungan seksual.

h) Personal hygiene

Perubahan hormonal mengakibatkan bertambahnya keringat. Dianjurkan mandi minimal 2 kali sehari, membersihkan alat genitalia ketika mandi atau ketika merasa tidak nyaman. Jenis pakaian yang dianjurkan berbahan katun agar mudah menyerap keringat.

i) Obat-obatan yang dikonsumsi

Pada kehamilan trimester III, mengkonsumsi suplemen dan vitamin. Misalnya tablet Fe untuk penambahan darah dan kalsium untuk penguatan tulang janin.

j) Riwayat psikososial spiritual

Perlu dikaji bagaimana pengetahuan ibu tentang kehamilan sekarang, bagaimana respon, dukungan keluarga dan suami terhadap kehamilan, pengambilan keputusan dalam keluarga serta ketaatan ibu dalam beragama.

Objektif (O)

data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessmen

Data objektif yaitu t. Data objektif pasien ibu hamil yaitu: keadaan umum ibu, kesadaran ibu, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik pada ibu, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan laboratorium.

1. Data Objektif

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada kunjungan awal, bukan hanya untuk mendeteksi adanya ketidak normalan atau faktor resiko yang mungkin ditemukan tetapi juga sebagai data dasar untuk pemeriksaan pada kunjungan selanjutnya:

a. Pemeriksaan umum

a) Keadaan Umum: Baik

- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan *Emosional*: Stabil.
- d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).
- e) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013).
- f) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).
- g) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya
WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit.
- b. Pemeriksaan fisik
- a. Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada

tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).

- b. Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c. Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.
- d. Gigi/Gusi: Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).
- e. Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- f. Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- g. Perut:
Inspeksi :
Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011).
Palpasi :
Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan

tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

- c. Denyut jantung janin (DJJ) biasanya dengan kuadran bawah bagian punggung, 3 jari dibawah pusat ibu. Denyut jantung janin yang normal 130-160 kali/menit.
- d. Taksiran berat badan janin (TBJ) untuk menentukan berat badan janin saat usia kehamilan trimester III. Dengan rumus *Johnson-Taussac*: (TFU menurut Mc. Donald-n) x155 = ... gram (Sari, dkk, 2015).
 - n = 13 jika kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP)
 - n = 12 jika kepala berada di atas PAP
 - n = 11 jika kepala sudah masuk PAP
- e. Pemeriksaan panggul, ukuran panggul luar meliputi:
 - Distansia spinarum: jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm). Distansia cristarum: jarak antara crista iliaca kiri dan kanan (26-29 cm). Conjugata eksterna: jarak anta tepi atas *simpisis pubis* dan ujung *prosessus spina*. Lingkar panggul luar: jarak anta tepi atas simpisis pubis, spinarum, cristarum dan lumbanlima (80-90 cm).

f. Hemoglobin (HB)

Pemeriksaan darah pada kehamilan trimester III dilakukan untuk mendeteksi anemia atau tidak. Klasifikasi anemia menurut Rukiah (2013) sebagai berikut:

Hb 11 gr% : tidak anemia

Hb 9-10 gr% : anemia ringan

Hb 7-8 gr% : anemia sedang

Hb \leq 7 gr% : anemia berat

g. Pemeriksaan urine

Pemeriksaan protein urine dilakukan pada kehamilan trimester III untuk mengetahui komplikasi adanya preeklamsi dan pada ibu. Standar kekeruhan protein urine menurut Rukiah (2013) adalah:

Negatif : Urine jernih

Positif 1 (+) : Ada kekeruhan

Positif 2 (++) : Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan

Positif 3 (+++) : Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas

Positif 4 (+++++) : Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggupal

h. Pemeriksaan USG

Untuk mengetahui diameter kepala, gerakan janin, denyut jantung janin (DJJ), ketuban, tafsiran berat badan janin (TBJ), tafsiran persalinan.

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Data assessment pada ibu hamil yaitu pada diagnosis kebidanan terdapat jumlah paritas ibu, usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin. Dan masalah potensial yang dialami setiap ibu hamil berbeda-beda tentu kebutuhan yang diperlukan untuk mengatasi masalah pada ibu hamil juga berbeda. Contoh assesment pendokumentasian diagnosis kebidanan pada ibu hamil yaitu Seorang ibu hamil G1 P0 A0 usia kehamilan 12 minggu dengan anemia ringan. Masalah pada ibu hamil yaitu khawatir dengan perkembangan bayinya karena tidak nafsu makan akibat mual dan muntah. Dan kebutuhan yang

diperlukan ibu yaitu kebutuhan untuk KIE dan bimbingan tentang Makan sedikit tapi sering.

Hasil analisa untuk menetapkan diagnosa kebidanan seperti :

1. G (gravida) merupakan menentukan kehamilan beberapa
2. P (partus) merupakan jumlah anak baik aterm, preterm, imatur, dan hidup
3. A (abortus) merupakan riwayat keguguran
4. Usia kehamilan
5. Anak hidup/meninggal
6. Anak tunggal/kembar
7. Letak anak apakah bujur/lintang, habitus fleski/defleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala.
8. Anak intrauterine/ekstrauterine
9. Keadaan umum ibu dan janin serta masalah keluhan utama

Pada kehamilan trimester III maka diagnosa kebidanan G P A, usia Kehamilan (28 – 40) minggu, tunggal/ganda, intra uterine, hidup, letak bujur/lintang, posisi puka/puki, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik

Kemungkinan masalah yang sering terjadi pada kehamilan trimester III antara lain (Hani, Kusbandiyah, Yulifa 2010)

- a. Nyeri pinggang karena spasme otot-otot pinggang akibat lordosis yang berlebihan dan pembesaran uterus
 - b. Nyeri pada kaki karena adanya varises
 - c. Sering buang air kecil (BAK) berhubungan dengan penekanan pada vesika urinaria oleh bagian terbawah janin
 - d. Obstipasi berhubungan dengan penekanan bagian terendah janin.
 - e. Mudah kram berhubungan dengan kelelahan dan pembesaran uterus
 - f. Sesak nafas berhubungan dengan pembesaran uterus mendesak diafragma
 - g. Oedema berhubungan dengan penekanan uterus yang membesar pada vena femoralis
 - h. Kurangnya pengetahuan ibu tentang persiapan persalinan berhubungan dengan kurang pengalaman dan kurang informasi
- Kebutuhan ibu hamil trimester III antara lain (Walyani 2015).

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen yang paling utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan biasa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu, untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

b. Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan cukup cairan (menu seimbang).

c. Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kcal) dengan penambahan berat badan sekitar 12,5kg. Rata-rata ibu hamil memerlukan tambahan 300 kkal/hari dari keadaan normal (tidak hamil). Penambahan kalori diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir untuk pertumbuhan jaringan janin dan plasenta dan menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu, kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan melahirkan dan menyusui.

d. Protein (Hutahaean, 2013)

Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12 gr/hari. Sumber protein hewani terdapat pada daging, ikan, unggas, telur, kerang, dan sumber protein nabati banyak terdapat pada kacang-kacangan.

Hampir 70% protein digunakan untuk pertumbuhan janin dan persiapan persalinan. Sebanyak 300-500 ml darah diperkirakan akan hilang pada persalinan sehingga cairan darah diperlukan pada periode tersebut dan hal ini tidak terlepas dari peran protein. (Hariyani, 2012)

e. Lemak

Pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan membutuhkan lemak sebagai sumber kalori utama. Pada kehamilan yang normal, kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat pada akhir trimester III. Kebutuhannya hanya 20-25% dari total kebutuhan energi tubuh. Tubuh ibu hamil juga menyimpan lemak yang akan mendukung persiapannya untuk menyusui setelah bayi lahir. Sumber lemak antara lain telur ayam, telur bebek, daging ayam, daging sapi, sosis, bebek, dan mentega.

f. Kalsium (Kusmiyati, 2013)

Untuk pembentukan tulang dan gigi bayi, kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg per hari. Sumber utama kalsium adalah susu dan hasil olahannya, udang dan sarden.

g. Zat besi

Pemberian suplemen tablet tambah darah secara rutin adalah untuk membangun cadangan zat besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama hamil. Dasar pemberiannya adalah perubahan volume darah atau *hydraemia* (peningkatan sel darah merah 20-30% sedangkan peningkatan plasma darah 50%). Kebutuhan zat besi pada ibu hamil meningkat hingga 200-300%. Sekitar 1040 mg ditimbun selama hamil, sebanyak 300 mg ditransfer ke janin, 200 mg hilang saat melahirkan, 50-75 mg untuk pembentukan plasenta dan 450 mg untuk pembentukan sel darah merah. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8-10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20-25 mg zat besi per hari. Selama hamil ibu akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil. Zat besi tidak akan terpenuhi kebutuhannya hanya dari diet saja, karena itu pemberian suplemen sangat diperlukan dan dilakukan selama trimester II dan III dan dianjurkan untuk mengonsumsi 30-60 mg tiap hari selama 90 hari dengan dosis yang dianjurkan 1x1 tablet per hari. Tetapi apabila terjadi anemia berat dosis bisa dinaikkan menjadi 2x1 tablet per hari. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau

kopi karena mengandung tanin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi. (Hariyani, 2012)

h. Vitamin A

Kebutuhan vitamin A di masa kehamilan meningkat kurang lebih 300 RE dari kebutuhan tidak hamil. Contoh makanan sumber vitamin A yaitu hati sapi, daging sapi, daging ayam, telur ayam, jagung kuning, wortel, bayam, daun singkong, mangga, pepaya, semangka, dan tomat matang.

i. Vitamin B12

Vitamin B12 penting untuk keberfungsian sel sumsum tulang, sistem pernafasan, dan saluran cerna. Kebutuhan vitamin B12 sebesar 3µg per hari. Bahan makanan sumber vitamin B12 adalah hati, telur, ikan, kerang, daging, unggas, susu dan keju.

j. Vitamin D

Pemberian suplemen vitamin D terutama pada kelompok berisiko penyakit menular seksual (PMS) dan di negara dengan musim dingin yang panjang. Sumber vitamin D yang utama adalah sinar matahari.

k. Asam Folat

Kebutuhan asam folat selama hamil menjadi dua kali lipat. Dosis pemberian asam folat untuk preventif adalah 500 µg atau 0,5-0,8 mg, sedangkan untuk kelompok dengan faktor risiko adalah 4 mg/hari. Jenis makanan yang mengandung asam folat yakni ragi, brokoli, sayuran hijau, asparagus dan kacang-kacangan.

i. *Personal Hygiene* (Walyani, 2015)

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak terhadap kesehatan ibu dan janin. Sebaiknya ibu hamil mandi, gosok gigi dan anti pakaian minimal dua kali sehari, menjaga kebersihan alat genital dan pakaian dalam, menjaga kebersihan payudara.

Pakaian yang baik bagi wanita hamil adalah longgar, nyaman, dan mudah dikenakan. Gunakan bra dengan ukuran sesuai payudara dan mampu menyangga seluruh payudara, untuk kasus kehamilan menggantung, perlu disangga dengan stagen atau kain bebat

dibawah perut, tidak memakai sepatu tumit tinggi. Sepatu berhak rendah baik untuk punggung dan postur tubuh juga dapat mengurangi tekanan kaki.

j. Mobilitas dan Body Kekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak melelahkan. Ibu dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita hamil tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat (Hutahaean, 2013)

k. Eliminasi

Ibu hamil sering buang air kecil terutama trimester I dan III kehamilan. Sementara frekuensi buang air menurun akibat adanya konstipasi. Kebutuhan ibu hamil akan rasa nyaman terhadap masalah eliminasi juga perlu perhatian. Ibu hamil akan sering ke kamar mandi terutama saat malam sehingga mengganggu tidur, sebaiknya kurangi cairan sebelum tidur. Gunakan pembalut untuk mencegah pakaian dalam yang basah dan lembab sehingga memudahkan masuk kuman, dan setiap habis buang air besar dan buang air kecil cebok dengan baik. (Kusmiyati, 2013)

l. Seksualitas

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 dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat aborus berulang, abortus imminens, ketuban pecah dan serviks telah membuka (Kusmiyati, 2013).

m. Senam Hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal, serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan yaitu penyakit jantung, ginjal

dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia) (Kusmiyati, 2013).

n. Kunjungan Ulang

Pada kunjungan pertama, wanita hamil akan senang bila diberitahu jadwal kunjungan berikutnya. Pada umumnya kunjungan ulang dijadwalkan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu. Selanjutnya tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu dan seterusnya tiap minggu sampai bersalin (Kusmiyati,2013).

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Data planning pada ibu hamil yaitu dalam pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri, atau oleh petugas kesehatan lainnya. Kemudian dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose maupun masalah.

Menurut Hani (2010) Dalam pelaksanaan seluruh rencana tindakan yang sudah disusun dilaksanakan dengan efisien dan aman

1. Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) seperti
 - a. Nutrisi ibu hamil
 - b. Hygiene selama kehamilan trimester III
 - c. Hubungan seksual
 - d. Aktivitas dan istirahat
 - e. Perawatan payudara dan persiapan laktasi
 - f. Tanda-tanda persalinan
 - g. Persiapan yang diperlukan untuk persalinan
2. Menganjurkan ibu untuk segera mencari pertolongan dan segera datang ke tenaga kesehatan apabila mengalami tanda-tanda bahaya seperti berikut :
 - a. Perdarahan pervaginam
 - b. Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak menghilang
 - c. Pandangan kabur
 - d. Nyeri abdomen
 - e. Bengkak pada wajah dan tangan serta kaki
 - f. Gerakan bayi berkurang atau sama sekali tidak bergerak.

3. Memberikan suplemen penambah darah untuk meningkatkan persediaan zat besi selama kehamilan dan diminum dengan air putih bukan dengan teh atau sirup.
4. Memberikan imunisasi TT 0,5cc apabila ibu belum mendapatkan. Pada ibu hamil imunisasi TT diberikan 2 kali dengan selang waktu 4 minggu.
5. Menjadwalkan kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 2 minggu dan jika setelah 36 minggu kunjungan ulang setiap minggu sebelum persalinan

2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.2.1 Pengertian

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur dan postmatur), mempunyai onset yang spontan, selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan seperti vorsep, tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal. (purwoastuti & walyani siwi 2015).

Persalinan dengan tindakan Operasi caesar (sesar) adalah proses melahirkan bayi yang dilakukan dengan cara menyayat bagian perut hingga rahim ibu. Sayatan pada perut tersebut merupakan jalan keluarnya bayi dari dalam rahim. Dokter biasanya membuat sayatan memanjang dengan arah horizontal tepat di atas tulang kemaluan. Metode persalinan dengan operasi caesar biasanya dilakukan sekitar minggu ke-39, atau ketika dokter menyarankan untuk menjalani operasi ini karena ada suatu indikasi.

2.2.2 Sebab mulainya persalinan

Menurut Ina & Fitria (2014), sebab mulainya persalinan adalah:

1) Penurunan hormone progesterone

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim, selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

2) Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya terenggang oleh karena isinya.

4) Pengaruh janin/fetal *cortisol*

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencephalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Manuaba dalam Buku Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan telah disebutkan bahwa tanda-tanda persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu tanda bahwa persalinan sudah dekat dan tanda timbulnya persalinan (inpartu).

Menurut Eka (2014), pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu, sebagai berikut:

a. Terjadinya HIS

HIS adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servick kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face Maker yang letaknya di dekat cornu uteri. HIS yang menimbulkan pembukaan servick dengan kecepatan tertentu disebut HIS efektif. HIS efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraski uterus pada fundus utri, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang sering, lama his berkisar 45-60 detik. His persalinan memiliki sifat sebagai berikut :

1. Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
2. Teratur dengan interval yang mungkin pendek dan kekuatannya makin besar.
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan servick
4. Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.

b. Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c. Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Akan tetapi, apabila persalinan tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya akstraksi vakum atau sectio caesarea.

d. Dilatasi dan Effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power /tenaga

Power atau tenaga untuk mendorong anak dibagi menjadi dua yakni:

1. His

His adalah kontraksi pada otot-otot rahim pada persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. his terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

2. Tenaga Mengejan

Tenaga mengejan terjadi karena adanya kontraksi otot-otot dinding perut dan juga karena kepala yang sudah berada pada dasar panggul, mengejan paling bagus dilakukan saat ada ontraksi atau his.

b. *Passage/Panggul/jalan lahir*

Faktor paling penting dalam menentukan proses persalinan salah satunya adalah pelvis minor yang tersusun dari tulang-tulang yang kokoh dan kemudian dihubungkan oleh

persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvik minor dibagi menjadi 3 bagian yakni:

1. Pintu Atas Panggul/PAP

- Anterior : Crista dan spina pubica
- Lateral : Linea iliopectinea pada os coxae
- Posterior : Tepi anterior assis sacri dan prootorium

2. Cavum Pelvis

Cavum pelvis merupakan bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran. Batasannya yakni :

- Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis
- Lateral : 1/3 bagian atas dan tengah foramen obsturatorium

3. Posterior : Hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga. ukuran depan belakang 12,75 cm dan ukuran melintangnya 12.5 cm

a) Bidang sempit panggul

Bidang sempit panggul merupakan bidang yang membentang melalui tepi bawah symphysis menuju ke spina isciadika dan memotong ujung atas sacrum.

b) Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul terdiri dari dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah. diameter pintu bawah panggul antara lain:

- 1) Anterior posterior anatomis mulai dari margo inferior symphysis pubis ke ujung os coccygis yakni 9,5 cm
- 2) Antero posterior obstetrik mulai dari margo inferior pubis ke articulatio sacrococcygealis yakni 11,5 cm
- 3) Transfersa yakni jarak antara permukaan dalam tuber isciadikum kanan dan kiri yakni 11 cm
- 4) Sagitalis posterior yakni mulai dari pertengahan diameter transfersa ke artikulasio sacro coccygelis yakni 9cm
- 5) Sagitalis anterior mulai dari pertengahan diameter transfersa ke angulus subpubicus 6 cm.

b. *Passager/fetus*

Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besar dan juga karena posisi janin atau bagian janin yang terletak pada

bagian depan jalan lahir. Adapula faktor kelainan genetik dan juga kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan menjadi tidak normal misalnya

1. Kelainan bentuk dan besar janin (ansefalus, hidrosefalus dan janin makrosomia)
2. Kelainan pada letak kepala dan juga letak janin misalnya sungsang, melintang dan lain-lain.
3. Psikologis Ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan baik secara emosional, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat mempengaruhi proses persalinan. Kondisi psikologis ibu melibatkan emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya dan dukungan orang terdekat. Keadaan stres dan cemas dan depresi dapat mempengaruhi persalinan karena dapat mempengaruhi kontraksi yang dapat mempengaruhi proses persalinan, untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

c. Penolong

Penolong persalinan bertugas mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin dan proses persalinan sangat tergantung dari kemampuan, keterampilan, dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Seorang bidan harus bekerja sesuai dengan standar yang telah ditentukan dan untuk pertolongan persalinan ditetapkan standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan tetap memperhatikan 5 aspek benang merah asuhan persalinan normal yakni, membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan atau rekamedik asuhan persalinan dan rujukan (Liliyana, 2011).

2.2.5 Tahapan persalinan (kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

a. Kala I (pembukaan)

Merupakan waktu untuk pembukaan servik sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. Inpartu (partus mulai) ditandai dengan

keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu :

1. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung kurang dari 8 jam .

2. Fase aktif

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

a) Periode dilatasi maksimal (*steady*)

Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

b) Periode deselerasi

Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan rata-rata 1 cm per jam 9 (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadinya penurunan bagian terbawah janin.

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Merupakan kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mendedan mendorong janin keluar hingga lahir. Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mendedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mendedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala, diikuti

oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Menurut Lailiyana (2011), Kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput janin.

1. Tujuan manajemen aktif kala III. Untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, sehingga dapat memperpendek waktu kala III persalinan dan mengurangi kehilangan darah di bandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.
2. Keuntungan manajemen aktif kala III
 - a) Kala III persalinan lebih singkat
 - b) Mengurangi jumlah kehilangan darah
 - c) Mengurangi kejadian retensio plasenta
3. Manajemen aktif kala III
 - a) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 - b) Tanda-tanda lepasnya plasenta:
 - c) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
 - 1.) Tali pusat memanjang
 - 2.) Semburan darah tiba-tiba
 - d) Pemijatan fundus uteri (Masase)

Segera lakukan massase pada fundus uteri minimal 15 kali dalam 15 detik setelah plasenta lahir

2.2.6 Kekurangan dan Kelebihan dengan Persalinan SC

A. Kelebihan

1. Bebas dari rasa sakit saat proses persalinan karena operasi dilakukan dengan anestesi
2. Proses lebih cepat dibanding melahirkan normal.
3. Operasi bisa dijadwalkan, artinya Moms bisa memilih tanggal cantik untuk kelahiran
4. Lebih steril. Sifat antiseptik dari ruang operasi sangat berbeda dengan melahirkan normal.
5. Bebas dari rasa sakit di perineum
6. Tanpa resiko episiotomy

7. Merupakan cara modern yang menggunakan teknologi, sehingga lebih menyakinkan

B. Kekurangan

1. Operasi besar yang hanya bisa dijalankan di rumah sakit.
2. Rawat inap lebih lama di rumah sakit.
3. Risiko perdarahan dan infeksi.
4. Kemungkinan tidak bisa langsung berinteraksi dengan bayi, termasuk sulit menggendong bayi karena rasa sakit pascaoperasi.
5. Waktu pemulihan lebih lama karena rasa sakit di perut pada area sekitar luka operasi, sehingga tidak bisa langsung beraktivitas.
6. Risiko kematian saat persalinan lebih tinggi
7. Kemungkinan menjalani operasi Caesar pada proses kelahiran selanjutnya.
8. Setelah operasi *caesar* ketiga, ibu disarankan KB steril
9. Jarak antara kehamilan sebaiknya minimal dua tahun
10. Bayi yang terlahir secara *caesar* lebih berisiko mengalami masalah pernapasan, baik saat lahir maupun ketika dewasa

2.2.7 Persalinan Dengan Perdarahan

Postpartum dibagi menjadi dua klasifikasi, yaitu (Manuaba, 2008):

1. Perdarahan postpartum primer (Early postpartum Hemorrhage) yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran
2. Perdarahan postpartum sekunder (Late postpartum Hemorrhage) yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam kelahiran

2.2.8 Resiko Kehamilan Dengan Perdarahan Pada Persalinan

Perdarahan post partum bisa disebabkan karena:

a. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah ketidak mampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Perdarahan post partum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta (Wiknjastro, 2006)

Kegagalan kontraksi dan retraksi dari serat miometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syok hipovolemik. Kontraksi miometrium yang lemah dapat diakibatkan oleh kelelahan karenan persalinan lama atau persalinan yang terlalu cepat, terutama jika dirangsang. Selain itu, obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik, dan nifedipin juga dapat menghambat kontraksi miometrium. Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah rahim, korioamnionitis, endometriitis, septikemia, hipoksia pada solusio plasenta, dan hipotermia karena sesusitasi.(Ruede *et al.*,2013)

Atonia uteri merupakan penyebab paling banyak pada perdarahan post partum, hingga sekitar 70% kasus. Atonia dapat terjadi setelah persalinan vaginal, persalinan operatif ataupun persalinan abdominal. Penelitian sejauh ini membuktikan bahwa atonia uteri lebih tinggi persalinan abdominal dibandingkan dengan persalinan vagina

b. Robekan jalan lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu hindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Prawirohardjo, 2010).

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu:

(Rohani, Saswita dan Marisah, 2011)

- 1) Derajat satu :Robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum
- 2) Derajat dua :Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum.
- 3) Derajat tiga :Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani eksternal.
- 4) Derajat empat :Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

c. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum lahir. Retensio plasenta merupakan etiologi kedua dari perdarahan post partum (20%-30% kasus). Kejadian ini harus didiagnosa secara dini karena retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosa. (Ramadhani, 2011).

Terdapat jenis-jenis retensio plasenta antara lain (Saifuddin, 2002):

- 1) Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan mekanisme separasi fisiologis.
- 2) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- 3) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus.
- 4) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus serosa dinding uterus.
- 5) Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

d. Koagulopati

Perdarahan post partum juga dapat terjadi karena kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering perdarahan post partum adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan perdarahan post partum. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan. Kelainan pembekuan darah dapat berupa hipofibrinogenemia, trombositopenia, *Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP)*, *HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count)*, *Disseminated Intravaskuler Coagulation (DIC)*, dan *Dilutional coagulopathy* (Wiknjosasta, 2006; Prawirohardjo, 2010).

Kejadian gangguan koagulasi ini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intruteri, kematian janin lama, emboli air

ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipoternik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya perdarahan post partum dapat dilakukan sebelumnya (Anderson, 2008).

2.2.9 Penanganan perdarahan pada persalinan

1. Atonia uteri :
 - a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
 - b. Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan ostium serviks
 - c. Pastikan kandung kemih kosong. Jika pemenuhan dapat dipalpasi, lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik.
 - d. Lakukan kompresi bimanual interna (KBI) selama 5 menit.
 - e. Anjurkan keluarga untuk membantu melakukan KBE atau minta petugas lain untuk memasang infus.
 - f. Jika keluarga melakukan KBE, keluarkan tangan dari vagina
 - g. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (pastikan ibu tidak hipertensi) atau misoprostol 600 mcg per rektal.
 - h. Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18, berikan 500-1000 cc Ringer Laktat pada alur 4. dan 20 unit oksitosin dengan tetesan 25-30 dari alur yang lain. Ulangi KBI atau pasang kondom kateter. Pasang kondom kateter dan segera rujuk ke RS Rujukan.
 - i. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
 - j. Lanjutkan infus Ringer Laktat 750-1500 cc dan 20 I.U oksitosin tetesan 30. Restorasi cairan (kristaloid dan koloid) 3x jumlah darah keluar (total loss) dalam 2 jam pertama hingga tiba di RS Rujukan.
 - k. Jika terus berkontraksi tapi perdarahan terus berlangsung, periksa apakah terjadi laserasi perineum vagina dan serviks jahit atau segera rujuk

1. Teruskan KBI hingga 2 menit. Keluarkan tangan dari vagina pantau kala IV dengan ketat pantau ibu dengan seksama selama kala IV persalinan
2. Robekan Jalan Lahir : Untuk ruptur perineum dan robekan dinding vagina lakukan penjahitan seperti biasa, untuk robekan Serviks lakukan penjahitan secara kontinue dimulai dari ujung atas robekan kemudian ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit
3. Retensio Plasenta : Melakukan plasenta manual secara hati-hati
4. Gangguan Pembekuan Darah : Memberikan transfusi darah lengkap segar untuk menggantikan faktor pembekuan dan sel darah merah.

2.2.10 Sistem Rujukan

Menurut Didien Ika Setyarini & Suprpti (2016), persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan yaitu :

- a. B (Bidan)

Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan
- b. A (Alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter dan stetoskop
- c. K (keluarga)

Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima ibu (klien) ke tempat rujukan.
- d. S (Surat)

Beri sura ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujuka, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu
- e. (Obat)

Bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk
- f. K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

- g. U (Uang)
Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.
- h. DA (Darah)
Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan.

2.2.11 Konsep Manajemen SOAP Persalinan

SOAP Pada Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Sulistyawati, 2017 dalam pendokumentasi asuhan SOAP pada Persalinan, yaitu :

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu pasien ibu hamil atau data yang diperoleh dari anamnesis, antara lain: biodata, riwayat pasien, riwayat kebidanan, gangguan kesehatan alat reproduksi, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan, status perkawinan, pola makan, pola minum, pola istirahat, aktivitas sehari-hari, personal hygiene, aktivitas seksual, keadaan lingkungan, respon keluarga terhadap kehamilan ini, respon ibu tentang perawatan kehamilannya, perencanaan KB.

a. pengkajian

1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesa/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri (auto anamnesa) atau keluarga (allo anamnesa). Dalam anamnesa perlu dikaji:

a. Identitas klien meliputi:

1) Nama :

Untuk mengenal ibu dan suami.

2) Umur :

Untuk mengetahui apakah beresiko atau tidak ketika akan melakukan persalinan.

3) Suku/Bangsa :

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.

4) Agama :

Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya

5) Pendidikan :

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

6) Pekerjaan :

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbang kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.

7) Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan

8) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa di alami ibu hamil trimester III seperti nyeri pinggang, varices, kram otot, hemoroid, sering BAK, obstipasi, sesak napas, dan lain sebagainya.

9) Riwayat Kesehatan yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita ibu sebelumnya seperti:

a) Penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, IMS, penyakit menular ini dapat berpengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas ibu, serta dapat menyebabkan kerusakan pada janin akibat infeksi virus.

b) Penyakit keturan seperti jantung, tekanan darah tinggi, ginjal, kencing manis dll. Penyakit-penyakit

tersebut dapat menyebabkan pre-eklamsi sampai eklamsi pd kehamilan ibu, pada saat proses persalinan dapat menyebabkan bayi besar yg menulitkan proses persalinan, pada masa nifas dapat menyebabkan perarahan post partum serta pada BBL dapat menyebabkan hipoglikemi.

- c) Penyakit menahun seperti asma, malaria, dll penyakit menahun tersebut harus diwaspadai karena bisa saja terjadi pada saat ibu hamil, saat proses persalinan dan nifas.

10) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut Johnson dan Taylor, (2015). Ditanyakan untuk mengetahui penyakit yang sedang diderita ibu seperti :

- a) Penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis, IMS, penyakit menular ini (HIV/AIDS, Hepatitis) dapat menyebabkan kerusakan pada janin akibat infeksi virus yg ditransfer melalui plasenta, pada saat persalinan petugas memerlukan perawatan khusus saat menolong, pada masa nifas ibu tidak dapat memberikan ASI pada bayinya yg dapat menyebabkan pembengkakan pada payudara ibu, serta bila ibu menderita penyakit IMS ibu tidak bisa menggunakan KB IUD.
- b) Penyakit keturan seperti jantung, tekanan darah tinggi, ginjal, kencing manis dll. Penyakit-penyakit tersebut dapat menyebabkan pre-eklamsi sampai eklamsi pd kehamilan ibu, pd saat proses persalinan dapat menyebabkan bayi besar yg menulitkan proses persalinan, pada masa nifas dapat menyebabkan perarahan post partum , pada BBL dapat menyebabkan hipoglikemi serta merupakan kontraindikasi penggunaan KB hormonal bila ibu menderita hipertensi.
- c) Penyakit menahun seperti asma, malaria, dll penyakit menahun tersebut harus diwaspadai karena bisa saja

terjadi pada saat ibu hamil, saat proses persalinan, nifas dan pada saat ibu menggunakan KB.

11) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ditanyakan untuk mengetahui latar belakang penyakit keluarga yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas ibu seperti:

- a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis, PMS.
- b) Penyakit keluarga yang diturunkan seperti kencing manis, kelainan pembuluh darah, asma
- c) Riwayat kehamilan kembar, faktor yang meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan umur wanita dan paritas. Oleh karena itu apabila ada yang pernah melahirkan atau hamil dengan anak kembar harus diwaspadai karena hal ini bisa menurun pada ibu. (Manuaba, 2010).

12) Riwayat perkawinan

Dikaji status perkawinan jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama atau tidak serta mendapat gambaran suasana rumah tangga pasangan.

13) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji seperti menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), volume (berapa banyak ganti pembalut dalam sehari), dan keluhan (misalnya dismenorhoe/nyeri saat haid).

- a) Menarche adalah haid pertama kali, pada umumnya terjadi pada usia pubertas yaitu sekitar 12 – 16 tahun.
- b) Siklus haid pada setiap wanita tidak sama, normalnya adalah 28 hari tetapi siklus ini bisa maju sampai 3 hari atau mundur sampai 3 hari. Panjang siklus haid normalnya adalah 25 – 32 hari.
- c) Lamanya haid pada setiap wanita tidak sama, biasanya 2 – 5 hari, ada yang 1 – 2 hari diikuti darah

sedikit-sedikit dan ada yang sampai 7 – 8 hari pada wanita biasanya lama haid ini tetap.

- d) Flour albus/keputihan normalnya berwarna bening, lendir, dan tidak berbau.
- e) Keluhan yang dirasakan oleh wanita normalnya adalah sakit pinggang.
- f) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) merupakan hari pertama keluarnya haid pd haid yg terakhir yg merupakan salah satu indikator untuk menghitung usia kehamilan dan tafsiran persalinan
- g) TP (Tapsiran Persalinan) merupakan waktu yang di tafsirkan telah atermnya janin 40 minggu di hitung dari HPHT (Sulistyawati, 2014)

14) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan dikaji untuk mengetahui kehamilan ke berapa, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak, bagaimana keadaan bayi, selama nifas ada atau tidak kelainan dan gangguan selama masa laktasi. Riwayat kehamilan juga dikaji seperti haid petama haid terakhir (HPHT), taksiran tanggal persalinan (TTP).

- a) Kehamilan : Apakah saat kehamilan yang lalu ibu sering memeriksakan kehamilannya, apakah pernah mengalami komplikasi seperti keguguran, pre eklamsi dll.
- b) Persalinan : Siapa penolong persalinan, apakah persalinan yang lalu secara normal, atau dengan bantuan, dan apakah ada komplikasi seperti partus macet dll.
- c) Nifas : Apakah selama masa nifas berjalan dengan normal, ibu rutin memeriksakan diri dan bayinya, ibu dapat menyusui dengan baik, atau ibu pernah mengalami tanda bahaya masa nifas seperti infeksi masa nifas.

15) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk mengetahui masalah atau tanda-tanda bahaya dan keluhan-keluhan yang lazim pada kehamilan trimester III. Kunjungan antenatal minimal 4 kali sampai trimester III, kapanpergerakan janin yang pertama sekali dirasakan oleh ibu. Dalam 24 jam berapa banyak pergerakan janin yang dirasakan. Adapun dalam riwayat kehamilan sekarang mengenai keluhan yang dirasakan seperti: rasa lelah, mual muntah, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, rasa gatal pada vulva, dan lainnya.

- a) Berapa kali memeriksakan kehamilannya dan oleh siapa.
- b) Bagaimana gerakan janin dalam 24 jam terakhir.
- c) Apakah ibu pernah mengalami tanda bahaya kehamilan trimester III seperti perdarahan, tidak ada gerakan janin, KPD, Preeklamsi dll
- d) Apakah telah mendapatkan imunisasi TT (Tetanus toksoid) apabila ibu belum maka diberikan 2 kali injeksi selama kehamilan (pertama saat kunjungan antenatal pertama dan kedua, empat minggu setelah kunjungan pertama).
- e) Apakah ibu telah mendapatkan vitamin tambah darah (Fe) sebanyak 90 tablet yang diberikan 1 kali/hari selama kehamilan (Sulistiyawati, 2014).

16) Riwayat sehari-hari

- a) Pola makan dan minum

Menurut Mochtar (2011) ini penting untuk di ketahui agar petugas mendapat gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. beberapa hal yang perlu ditanyakan pada ibu hamil berkaitan dengan pola makan adalah sebagai berikut :

- 1) Menu

Di tanyakan berkaitan dengan pola diet seimbang bagi ibu hamil, jika pengaturan menu

makan klien kurang seimbang sehingga beberapa komponen gizi kurang terpenuhi.

2) Frekuensi

Data ini akan memberi petunjuk tentang seberapa banyak asupan makanan yang di konsumsi ibu.

3) Jumlah per hari

Data ini memberikan seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam satu kali makan.

4) Pantangan

Data ini di kaji karena ada kemungkinan pasien berpantangan makanan justru pada makanan yang sangat mendukung pemulihan fisiknya.

5) Nutrisi ibu hamil

Dalam masa kehamilan,kebutuhan zat gizi meningkat untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin, pemeliharaan dan kesehatan ibu serta persediaan untuk laktasi baik untuk janin maupun untuk ibu (misalnya: kalori, protein, lemak, mineral, zat besi dan vitamin).

b) Pola eliminasi

Sering BAK dialami pada kehamilan trimester III. Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus yang menyebabkan obstipasi (sulit buang air besar). Frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan eliminasi juga perlu dikaji.

c) Pola aktivitas

Ibu hamil trimester III boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat, istirahat yang cukup dan makan yang teratur agar tidak menimbulkan kelelahan yang akan berdampak pada kehamilan.

d) Pola tidur dan istirahat

Pada kehamilan trimester III tidur dan istirahat sangat perlu. Di siang hari dianjurkan istirahat/tidur 1-2 jam dan pada malam hari 7-8 jam.

e) Pola seksualitas

Data ini perlu dikaji walaupun ini menyangkut dengan privasi pasien karena kemungkinan ada beberapa keluhan dalam aktivitas seksual yg mengganggu klien. Beberapa hal yang perlu ditanyakan :

1) Frekuensi

Ditanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

2) Gangguan

Ditanyakan apakah klien mengalami keluhan selama berhubungan seksual. Misanya nyeri pada saat berhubungan, adanya ketidak puasan suami, kurangnya keinginan untuk berhubungan. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan karena berpotensi terjadinya ketuban pecah(Sulistiawati, 2014)

17) Riwayat KB

Untuk mengetahui

- a) Apakah ibu mengikuti KB, dan jenis KB yang digunakan.
- b) Lama pemakain dan keluhan.
- c) Kapan melepas atau berhenti menggunakan KB.
- d) Rencana KB selanjutnya.
- e) Memberikan gambaran macam-macam dan kegunaan KB jika ibu belum mengetahui tentang KB.

18) Personal hygiene

Data ini perlu di kaji karena sangat mempengaruhi kesehatan p asien. Beberapa cara perawatan kebersihan diri.

- a) Mandi

Menanyakan kepada pasien berapa kali ia mandi sehari (normalnya sehari mandi 2 kali).

b) Keramas

Minimal seminggu 3 kali.

c) Mengganti baju dan celana dalam

Ganti baju minimal 1 kali sehari dan mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari dan bila sewaktu-waktu celana dalam kotor harus di ganti tanpa harus menunggu waktu untuk mengganti.

19) Obat-obatan yang dikonsumsi

Pada kehamilan trimester III, mengkonsumsi suplemen dan vitamin. Misalnya tablet Fe untuk penambahan darah dan kalsium untuk penguatan tulang janin.

20) Riwayat psikososial spiritual

Perlu dikaji bagaimana pengetahuan ibu tentang kehamilan sekarang, bagaimana respon, dukungan keluarga dan suami terhadap kehamilan, pengambilan keputusan dalam keluarga serta ketaatan ibu dalam beragama.

a) Riwayat psikososial untuk mengetahui hubungan klien dengan keluarga dan tetangga, bagaimana kehamilannya saat ini (diharapkan atau tidak).

b) Riwayat Budaya ditanyakan untuk mengetahui adakah dari kebudayaan dan adat istiadat ibu yang dapat berbahaya bagi kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir dan pada saat ibu menggunakan alat kontrasepsi.

(Sulistiawati, 2014)

Objektif (O)

data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessmen

Data objektif yaitu data objektif pasien ibu bersalin yaitu: keadaan umum ibu, kesadaran ibu, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik pada ibu,

pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan laboratorium.

1. Data Objektif

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada kunjungan awal, bukan hanya untuk mendeteksi adanya ketidaknormalan atau faktor risiko yang mungkin ditemukan tetapi juga sebagai data dasar untuk pemeriksaan pada kunjungan selanjutnya:

a. Pemeriksaan umum

- 1.) Keadaan Umum: Baik
- 2.) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- 3.) Keadaan *Emosional*: Stabil.
- 4.) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).
- 5.) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013).
- 6.) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).
- 7.) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variabel lainnya. WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolik* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

1) Muka :

Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).

2) Mata :

Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

3) Mulut :

Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.

4) Gigi/Gusi :

Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).

5) Leher :

Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).

6) Payudara :

Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit

payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

7) Perut:

Inspeksi :

Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011).

Palpasi :

Leopold 1 :

pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

Leopold 2 :

menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3 :

menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4 :

pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

8) Denyut jantung janin (DJJ) biasanya dengan kuadran bawah bagian punggung, 3 jari dibawah pusat ibu. Denyut jantung janin yang normal 130-160 kali/menit.

- 9) Taksiran berat badan janin (TBJ) untuk menentukan berat badan janin saat usia kehamilan trimester III. Dengan rumus *Johnson-Taussac*: (TFU menurut Mc. Donald-n) x155 = ... gram (Sari, dkk, 2015).
- n = 13 jika kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP)
n = 12 jika kepala berada di atas PAP
n = 11 jika kepala sudah masuk PAP
10. Pemeriksaan panggul :
- ukuran panggul luar meliputi:
- Distansia spinarum: jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm). Distansia cristarum: jarak antara crista iliaka kiri dan kanan (26-29 cm).Conjungata eksterna: jarak antara tepi atas *simpisis pubis* dan ujung *prosesus spina*. Lingkaran panggul luar: jarak antara tepi atas simpisis pubis, spinarum, cristarum dan lumbanlima (80-90 cm).
11. Hemoglobin (HB) :
- Pemeriksaan darah pada kehamilan trimester III dilakukan untuk mendeteksi anemia atau tidak. Klasifikasi anemia menurut Rukiah (2013) sebagai berikut:
- Hb 11 gr% : tidak anemia
Hb 9-10 gr% : anemia ringan
Hb 7-8 gr% : anemia sedang
Hb ≤ 7 gr% : anemia berat
12. Pemeriksaan urine :
- Pemeriksaan protein urine dilakukan pada kehamilan trimester III untuk mengetahui komplikasi adanya preeklamsi dan pada ibu. Standar kekeruhan protein urine menurut Rukiah (2013) adalah:
- Negatif : Urine jernih
Positif 1 (+) : Ada kekeruhan
Positif 2 (++) : Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan
Positif 3 (+++) : Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas
Positif 4 (++++): Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggupal

13. Pemeriksaan USG :

Untuk mengetahui diameter kepala, gerakan janin, denyut jantung janin (DJJ), ketuban, tafsiran berat badan janin (TBJ), tafsiran persalinan.

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Data assesment pada ibu hamil yaitu pada diagnosis kebidanan terdapat jumlah paritas ibu, usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin .Dan masalah potensial yang dialami setiap ibu bersalin berbeda-beda tentu kebutuhan yang diperlukan untuk mengatasi masalah pada ibu hamil juga berbeda.

Hasil analisa untuk menetapkan diagnosa kebidanan seperti :

1. G (gravida) merupakan menentukan kehamilan keberapa
2. P (partus) merupakan jumlah anak baik aterm, preterm, imtur, dan hidup
3. A (abortus) merupakan riwayat keguguran
4. Usia kehamilan
5. Anak hidup/meninggal
6. Anak tunggal/kembar
7. Letak anak apakah bujur/lintang, habitus fleski/defleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala.
8. Anak intrauterine/ekstrauterine
9. Keadaan umum ibu dan janin serta masalah keluhan utama

Pada kehamilan trimester III maka diagnosa kebidanan G P A, usia Kehamilan (28 – 40) minggu, tunggal/ganda, intra uterine, hidup, letak bujur/lintang, posisi puka/puki, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.Data planning pada ibu bersalin yaitu dalam pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri, atau oleh petugas kesehatan lainnya. Kemudian dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah

memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose maupun masalah.

Menurut Hani (2010) Dalam pelaksanaan seluruh rencana tindakan yang sudah disusun dilaksanakan dengan efisien dan aman

1. Memeriksa keadaan ibu dan menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu.
2. Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) seperti
 - a. Menjelaskan faktor resiko yang mungkin terjadi pada ibu bersalin dengan perdarahan kehamilan beserta komplikasi dan tindakan apa saja yang mungkin terjadi.
 - b. Menjelaskan perubahan bentuk abdomen serta efek samping yang di rasakan.
 - c. Perawatan payudara dan persiapan laktasi.
 - d. Tanda-tanda persalinan.
3. Memberikan motivasi pada ibu dan dukungan pada ibu bahwa ibu mampu menghadapi persalinan dan sama-sama berdoa agar persalinan berjalan lancar.

2.3 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR NORMAL

2.3.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi berat badan 2500 gram sampai dengan masa kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu. Bayi baru lahir dengan 0-7 hari disebut dengan neonatal sedangkan 0-28 hari disebut dengan neonatal lanjut. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus normal memiliki berat 2.700 sampai 4.000 gram, panjang 48-53 cm, lingkaran kepala 33-35 cm. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari (Marmi, 2015).

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Walaupun sebagian besar persalinan berfokus pada ibu, tetapi karena proses tersebut merupakan pengeluaran hasil kehamilan maka penatalaksanaan persalinan baru dapat dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga dalam kondisi yang optimal. Beberapa tujuan asuhan bayi baru lahir antara lain :

- a. Mengetahui sedini mungkin kelahiran pada bayi.
- b. Menghindari risiko terbesar kematian BBL, terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.
- c. Mengetahui aktivitas bayi normal/tidak dan identifikasi masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.3.3 Lingkungan Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus disebut dengan hemostasis.

Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran adalah:

a. Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah. Sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan neonatus akan menderita hipoglikemia.

b. Perubahan Suhu Tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu yang ada di rahim. Apabila bayi dibiarkan disuhu ruangan, bayi akan mengalami kehilangan suhu melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2^oC dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

c. Perubahan pernapasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan pernapasan pertama.

Adapun awal terjadinya napas:

- 1) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan di luar rahim yang merangsang pusat pernapasan otak.
- 2) Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanis.

d. Perubahan Peredaran Darah

Bayi baru lahir setelah terjadi kelahiran harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Tersirkulasi yang baik pada bayi jadi dua perubahan besar yang membuat sirkulasi yang baik pada baru lahir diluar rahim :

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung

2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

Perubahan siklus ini terjadi akibat perubahan tekanan di seluruh sistem pembuluh tubuh. Oksigenasi menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Ada dua macam dalam sistem peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yaitu:

- 1) Pada saat tali pusat di potong, resistensi pembuluh sistemik dan tekanan atrium kanan menurun.
- 2) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan.

e. Perubahan neurologik

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks. Reflek bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. (Sondakh, 2013).

f. Perubahan yang lain

Alat-alat pencernaan, hati, ginjal, dan alat-alat lain mulai berfungsi.
Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

g. Penilaian

Nilai kondisi bayi :

- 1) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan bebas/lemas.
- 3) Apakah kulit bayi merah muda, pucat/ biru?

Ketiga hal tersebut dilakukan secara cepat dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya, meliputi membersihkan jalan nafas dan penghisapan lendir

Tanda-tanda bayi lahir sehat menurut Buku Panduan Kesehatan BBL Kemenkes RI adalah :

- a) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- b) Umur kehamilan 37-40 mg
- c) Bayi segera menangis

- d) Bergerak aktif, kulit kemerahan
- e) Mengisap ASI dengan baik
- f) Tidak ada cacat bawaan

h. Pencegahan kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Cara mencegah kehilangan panas yaitu:

- 1) Keringkan bayi secara seksama
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering, dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

i. Perawatan tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.

f. Inisiasi menyusui dini

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

a. Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan onfeksi yang dapat diberikan pada bayi baru lahir antara lain dengan :

Memberikan obat tetes mata/salep, diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu tetrasiklin 1%

b. Pemberian imunisasi awal

Pelaksanaan penimbangan, penyuntikan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis (HB0) harus dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan/ perawat.

Semua BBL harus diberikan penyuntikan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami sebagian BBL. Salep mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di pha

kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

2.3.4 Tatalaksana Bayi Baru Lahir

a. Asuhan bayi baru lahir pada 0-6 jam :

Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau ruangan khusus. Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami.

b. Asuhan bayi baru lahir pada 6 jam sampai 28 hari

Pemeriksaan neonatus pada periode ini dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu dan keluarga pada saat diperiksa atau diberikan pelayanan kesehatan.

Menurut Sari (2014), Pemantauan bayi pada jam pertama setelah lahir yang dinilai meliputi kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau biru, yang menjadi penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindakan lanjut, diantaranya :

- 1) Pemantauan 2 jam pertama meliputi, kemampuan menghisap, bayi tampak aktif/lunglai, bayi kemerahan/biru.
- 2) Sebelum penolong meninggalkan ibu, harus melakukan pemeriksaan dan penilaian ada tidaknya masalah kesehatan meliputi, bayi kecil masa kehamilan/ kurang bulan, gangguan pernapasan, hipotermia, infeksi, cacat bawaan/trauma lahir.
- 3) KIE pada orang tua.

2.3.5 Pencegahan Infeksi

Pada bayi baru lahir terjadi infeksi yang besar, ini disebabkan karena bayi belum memiliki kemampuan yang sempurna. Maka perlindungan dari orang lain disekitarnya sangat diperlukan. Usaha yang dapat dilakukan meliputi peningkatan upaya hygiene yang maksimal agar terhindarkan dari

kemungkinan terkena infeksi. Bayi baru lahir beresiko tinggi terinfeksi apabila ditemukan: ibu menderita eklampsia, diabetes mellitus, ibu mempunyai penyakit bawaan, kemungkinan bayi terkena infeksi yang berkaitan erat dengan:

- a. Riwayat kelahiran: persalinan lama, persalinan dengan tindakan (ekstraksi cunam/vacum, SC), ketuban pecah dini, air ketuban hijau kental.
- b. Riwayat bayi baru lahir: trauma lahir, lahir kurang bulan, bayi kurang mendapat cairan dan kalori, hipotermia pada bayi.

2.3.6 Bounding Attachment

Bounding Attachment berasal dari dua suku kata, yaitu *bounding* dan *attachment*. *Bounding* adalah proses pembentukan sedangkan *attachment* (membangun ikatan). Jadi *bounding attachment* adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi. Hal ini merupakan proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus-menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan.

2.3.7 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

- a. Refleks Glabella
Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama
- b. Refleks hisap
Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu
- c. Reflek mencari (rooting)
Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya
- d. Refleks genggam (palmar grasp)
Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan

bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleksi babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa jari kaki hyperekstrasi dengan ibujari dorsifleksi

f. Reflek moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan

g. Reflek tonik leher atau "fencing"

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi apabila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respons ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

h. Reflek ekstrusi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting

i. Reflek melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

j. Refleksi merangkak

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi dkk,2015).

2.3.8Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

- a. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum, ini tandanya bayi terkena infeksi berat
- b. Bayi kejang
- c. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala/gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, menghisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti

- mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang
- d. Bayi lemah, bergerak hanya dipegang, ini tandanya bayi sakit berat
 - e. Sesak nafas (frekuensi pernafasan 60 kali/menit atau lebih)
 - f. Bayi merintih yang menandakan ia sedang mengalami sakit berat
 - g. Pusar kemerahan sampai dinding perut, kondisi ini menandakan bahwa bayi mengalami infeksi berat
 - h. Demam (suhu tubuh lebih dari 37,5 derajat C) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,5 derajat C)
 - i. Mata bayi bernanah banyak, ini dapat menyebabkan bayi menjadi buta
 - j. Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini menandakan bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian
 - k. Kulit bayi terlihat kuning, kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada:
 - 1) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir
 - 2) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari
 - 3) Kuning sampai telapak tangan atau kaki

2.3.9 Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan kepada bayi baru lahir sedikitnya 3 kali. Hal ini dilakukan untuk menilai status bayi baru lahir dan mencegah terjadinya masalah.

- a. Kunjungan Neonatus 1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6-8 jam (1-2 hari) setelah bayi lahir, dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit, dan gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkar lengan, lingkar dada, pemberian salep mata, vitamin K, dan hepatitis B
- b. Kunjungan Neonatus (KN 2) dilakukan kurun waktu hari ke 3 sampai ke 7 setelah bayi lahir, dilakukan pemeriksaan fisik, penampilan, dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, pola istirahat keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.
- c. Kunjungan Neonatus 3 (KN 3) dilakukan kurun waktu hari ke 8 sampai ke 28 setelah bayi lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan, dan nutrisinya.

2.3.10 Resiko Perdarahan pada Bayi Baru Lahir

1. BBLR

BBLR dapat terjadi ketika bayi lahir secara prematur dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (belum cukup bulan).

2. Prematur

Bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke 37 (dihitung dari hari pertama haid terakhir)

3. Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) menurut IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (Prambudi, 2013). Menurut AAP asfiksia adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh kurangnya O_2 pada udara respirasi, yang ditandai dengan: 1. Asidosis ($pH < 7,0$) pada darah arteri umbilikal; 2. Nilai APGAR setelah menit ke-5 tetap 0-3; 3. Manifestasi neurologis (kejang, hipotoni, koma atau hipoksik iskemia ensefalopati); 4. Gangguan multiorgan sistem. (Prambudi, 2013). Keadaan ini disertai dengan hipoksia, hiperkapnia dan berakhir dengan asidosis. Hipoksia yang terdapat pada penderita asfiksia merupakan faktor terpenting yang dapat menghambat adaptasi bayi baru lahir (BBL) terhadap kehidupan uterin. Asfiksia berarti hipoksia yang progresif, penimbunan CO_2 dan asidosis. Bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak atau kematian. Asfiksia juga dapat mempengaruhi fungsi organ vital lainnya. Pada bayi yang mengalami kekurangan oksigen akan terjadi pernapasan yang cepat dalam periode yang singkat. Apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernafasan akan berhenti, denyut jantung juga mulai menurun, sedangkan tonus neuromuscular berkurang secara berangsur-angsur dan bayi memasuki periode apnea yang dikenal sebagai apnea primer. Perlu diketahui bahwa kondisi pernafasan megap-megap dan tonus otot yang turun juga dapat terjadi akibat obat-obat yang diberikan kepada ibunya. Biasanya pemberian perangsangan dan oksigen selama periode apnea primer dapat merangsang terjadinya pernafasan spontan. Apabila asfiksia berlanjut, bayi akan menunjukkan pernafasan megap-megap yang dalam, denyut jantung terus

menurun, tekanan darah bayi juga mulai menurun dan bayi akan terlihat lemas (flaccid). Pernafasan makin lama makin lemah sampai bayi memasuki periode apneayang disebut apneasekunder

2.3.11 Penanganan Kehamilan Dengan Perdarahan Pada Bayi Baru Lahir

1. BBLR

- a. Pengaturan Suhu dengan inkubator / metode kangguru
- b. Pencegahan Infeksi
- c. Pemberian nutrisi yang adekuat atau ASI
- d. Observasi kenaikan berat badan

2. Prematur

- a. Memasukkan bayi kedalam inkubator agar suhu bayi tetap hangat
- b. Memasang sensor tubuh bayi untuk memantau sistem pernafasan, detak jantung, dan suhu tubuh
- c. Memberikan ASI melalui selang makan yang dipasang melalui hidung bayi
- d. Melakukan pemeriksaan jantung bayi secara berkala dengan USG jantung atau ekokardiografi.

3. Asfiksia

1. Membersihkan tubuh bayi dan beri kehangatan
2. Memposisikan kepala janin agak menengadah
3. Membersihkan jalan nafas
4. merangsang pernapasan dan meletakkan pada posisi yang benar
5. Melakukan VTP
6. Kompresi dada
7. Intubasi Endotrakeal

2.3.12 Konsep Manajemen SOAP Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun, 2011 pendokumentasian SOAP pada masa bayi baru lahir yaitu:

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif bayi baru lahir atau data yang diperoleh dari anamnesa, antara lain: identitas atau biodata bayi, keadaan bayi, masalah pada bayi.

Data Subjektif

- a. Identitas Bayi
 1. Nama bayi :untuk menghindari kekeliruan
 2. Tanggal lahir:untuk mengetahui usia neonates
 3. Jenis kelamin:untuk mengetahui jenis kelamin bayi
 4. Umur :untuk mengetahui usia bayi
 5. Alamat :untuk memudahkan kunjungan rumah
- b. Identitas Orang Tua
 1. Nama ibu:untuk memudahkan menghindari kekeliruan
 2. Umur ibu :untuk mengetahui ibu termasuk berisiko
 3. Alamat:untuk memudahkan kunjunganrumah
 4. Nama Suami:untuk menghindari terjadinya kekeliruan
 5. Umur Suami:untuk mengetahui suami termasuk berisiko
 6. Alamat Suami:untuk memudahkan kunjungan rumah
- c. Data Kesehatan
 1. Riwayat prenatal:Anak beberapa,
 2. Riwayat Natal:Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, Bb bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, di tolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Pendokumentasian bayi baru lahir pada data objektif yaitu pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, pemeriksaan antropometri.

Pemeriksaan umum

1. Keadaan Umum : Baik
2. Pola eliminasi : Proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek,bewarna hitam kehijauan. Selain itu, doperiksa juga urin yang normalnya bewarna kuning.
3. Pola istirahat : pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari

4. Pola aktivitas : pada bayi seperti menangis, bak, bab, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.
5. Riwayat Psikologi : kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru
6. Kesadaran : compos mentis
7. Suhu : normal (36,5-37C).
8. Pernapasan : normal (40-60kali/menit)
9. Denyut Jantung : normal (130-160kali/menit)
10. Berat badan : normal (2500-4000gram)
11. Panjang Badan : antara 48-52 cm

Pemeriksaan fisik

1. Kepala : adakah caput succedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun ubun tertutup
2. Muka : warna kulit merah
3. Mata : sklera putih, tidak ada perdarahan subconjunctiva
4. Hidung : lubang simetris, bersih, tidak ada secret
5. Mulut : refleks menghisap baik, tidak ada palatoskisis
6. Telinga : simetris tidak ada serumen
7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
8. Dada : simetris, tidak ada retraksi dada
9. Tali pusat : bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa
10. Abdomen : simetris, tidak ada masa, tidak ada infeksi
11. Punggung : tanda tanda adanya spina bifida
12. Genetalia : untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
13. Anus : tidak terdapat atresia ani
14. Ekstermitas : tidak terdapat polidaktili dan syndaktili
15. Pemeriksaan Neurologis
 - a. Refleks Glabella
Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

b. Reflek hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan . tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

c. Reflek mencari (rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

d. Reflek genggam (palmar grasp)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normlanya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tangan seperti tinju.

e. Reflek babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f. Refleks moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g. Reflek tonik leher atau "fencing"

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi apabila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respons ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

h. Reflek ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

i. Reflek melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

j. Reflek merangkak

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi dkk, 2015).

k. Tonick Neck Refleks :apabila bayi diangkat dari tempat tidur(digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

Pemeriksaan Antopometri

1. Berat badan : BB bayi normal 2500-4000 gram
2. Panjang badan : panjang badan bayi lahir normal 48-52cm
3. Lingkar Kepala : Lingkar kepala bayi normal 33-38 cm
4. Lingkar lengan Atas : normal 10-11 cm
5. Ukuran kepala
 - a. Diameter suboksipitobregmatika Antara foramen magnum dan ubun-ubun besar (9,5cm)
 - b. Diameter suboksipitofrontalis Antara foramen magnum ke pangkal hidung (11cm)
 - c. Diameter frontooksipitalisAntara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12cm)
 - d. Diameter mentooksipitalisAntara dagu ketitik terjauh belakang kepala (13,5cm)
 - e. Diameter submentobregmatikaAntara os hyoid ke ubun-ubun besar (9,5cm)
 - f. Diameter biparietalisAntara dua tulang parietalis (9cm)
 - g. Diameter bitemporalisAntara dua tulang temporalis (8cm)

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada bayi baru lahir yaitu pada data diagnosa seperti bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia sedang, bayi kurang bulan kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan. Pendokumentasian masalah bayi baru lahir seperti ibu kurang

informasi. Pendokumentasian data kebutuhan pada ibu nifas seperti perawatan rutin bayi baru lahir

1. Diagnosis : bayi baru lahir normal, umur dan jam
2. Data subjektif : bayi lahir tanggal, jam, dengan normal
3. Data objektif:
 - a. HR = normal (130-160kali/menit)
 - b. RR = normal (30-60 kali/menit)
 - c. Tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baikd. Berat Badan: 2500-4000 grame. Panjang badan: 48-52 cm
4. Masalah: Bayi menangis menangis kuat, warna kulit kemerahan.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Pendokumentasian planning atau pelaksanaan pada bayi baru lahir yaitu penjelasan hasil pemeriksaan umum dan fisik pada bayi baru lahir, penjelasan keadaan bayi baru lahir, pemberian salep mata, pelaksanaan bonding attachment, pemeberian vitamin K1, memandikan bayi setelah 6 jam post partum, perawatan tali pusat, pemberian ASI pada bayi, pemberian imunisasi, dan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

- a. Menjelaskan pada ibu tentang kondisi bayi
- b. Menyiapkan meja resusitasi untuk melakukan resusitasi
- c. Melakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir
- d. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat dengan melakukan kontak antara kulit ibu dan bayi ,periksa setiap 15 menit telapak kaki dan pastikan dengan periksa suhu aksila bayi
- e. Perawatan mata dengan menggunakan obat mata eritromisin 0.5% atau tetrasiklin 1% untuk pencegahan penyakit menular seksual
- f. Memberikan identitas bayi dengan memberikan gelang tertulis nama bayi / ibu , tanggal lahir , no , jenis kelamin, ruang/unit .
- g. Tunjukkan bayi kepada orangtua
- h. Segera kontak dengan ibu , kemudian dorong untuk melalukan pemberian ASI
- i. Berikan vit k per oral 1mg/ hari selama 3hari untuk mencegah perdarahan pada bayi normal, bagi bayi berisiko tinggi , berikan melalui parenteral dengan dosis 0.5 –1mg IM

- j. Lakukan perawatan tali pusat
- k. Berikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI perawatan tali pusat dan tanda bahaya umum
- l. Berikan perawatan rutin dan ajarkan pada ibu.

2.4 Konsep Dasar Masa Nifas

2.4.1 Pengertian

Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6 – 8 minggu (Setyo, 2011).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira- kira 6 minggu (Marmi, 2012).

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2010), masa nifas dibagi menjadi 3 (tiga) tahap, yaitu:

a. Puerperium Dini.

Puerpeium dini merupakan masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

1) *Puerperium intermediate.*

Puerperium intermediatemerupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

2) *RemotePuerperium.*

Remote Puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu – minggu, bulanan, bahkan tahunan.

2.4.3 Kebutuhan Masa Nifas

1. Fisik

Istirahat, makan-makanan bergizi personal hygiene udara segar, lingkungan yang bersih.

2. Psikologi

Distres saat persalinan segera distabilkan dengan sikap bidan atau keluarga yang menunjukkan rasa nyaman, mengakui dan menghargai.

3. Sosial

Kebutuhan akan rasa sayang, memerlukan perhatian dan hiburan serta menanggapi bila membutuhkan sesuatu.

4. Pendidikan atau KIE

KIE terutama ditunjukkan pada ibu-ibu yang belum berpengalaman mempunyai anak atau merawat anak.

2.4.4 Perubahan Fisiologi Ibu Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi (Uterus, Vagina, dan Perineum)

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti sebelum hamil disebut involusi.

1) Involusi Uterus

Merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus antara lain: iskemia miometrium, atrofi jaringan, autolysis, efek oksitosin.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Perubahan Normal Pada Uterus

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Setyo, 2011.

Proses involusi uterus menurut Vivian (2011) adalah sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus – menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus.

c) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplay darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

d) Involusi tempat Plasenta

Segera Setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

e) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

f) Perubahan Serviks

Segera setelah melahirkan serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk corong.

g) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 2.5 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguienta	3-7 hari	Putih bercampur Merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan /kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	Lebih dari 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Damai, 2011

h) Perubahan Vulva, vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan baik secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu (Damai, 2011).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu Makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir (Damai, 2011).

c. Perubahan Sistem Urinarius

Pada pasca persalinan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

1) Hemostatis Internal

2) Keseimbangan Asam Basa Tubuh

3) Pengeluaran sisa Metabolisme

Hal yang menyebabkan kesulitan Buang Air Kecil pada ibu post partum, antara lain:

a) Adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.

b) Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari seelah melahirkan

c) Depresi dan Sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi (Damai, 2011).

d. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan pada proses ini adalah :

1) Hormon Plasenta

Hormon ini menurun secara cepat pasca persalinan yang menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human

Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon Pituitary

Hormon ini terdiri dari hormon prolaktin, FSH, dan LH. Hormon Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui.

4) Hormon Oksitosin

Disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

Hormon Estrogen yang tinggi, memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah (Damai, 2011).

e. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu (Nurul Janah, 2011).

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

1) Suhu Badan

Dalam 24 jam postpartum suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 kali/menit. Denyut nadi ibu postpartum biasanya akan lebih cepat.

3) Tekanan Darah

Tekanan Darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan atau yang lainnya.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran cerna (Nurul Janah, 2011).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

1) Denyut jantung, volume secukupnya, dan curah jantung meningkat selama hamil.

2) Segera Setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi utero / plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

3) Nilai curah jantung mencapai puncak selama awal puerperium 2-3 minggu setelah melahirkan curah jantung berada pada tingkat sebelum hamil (Nurul Janah, 2011).

h. Perubahan Sistem Hematologi

1) Leukosit normal selama kehamilan rata-rata $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara 15.000 - $20.000/\text{mm}^3$ merupakan hal umum.

2) Kadar hemoglobin dan hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa postpartum sebagai akibat volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

3) Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah

berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca-persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula (Nurul Janah, 2011).

2.4.5 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu :

a. *Fase Taking In*

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

b. *Fase Taking Hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaansangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. *Fase Letting Go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keninginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningjat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani

peran barunya.pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguan bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. (Elisabeth Siwi W, 2017)

2.4.6 Tanda – Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

- a. Perdarahan lewat jalan lahir
- b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- c. Demam lebih dari dua hari
- d. Bengkak di muka, tangan dan kaki mungkin dengan sakit kepala dan kejang – kejang
- e. Payudara bengkak kemerahan disertai rasa sakit
- f. Mengalami gangguan jiwa

(sumber : Protap untuk kebidanan buku 1, 2013)

2.4.7 Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali. Hal ini dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah terjadinya masalah.

- a. Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan, tujuan:
 - 1) Menecegah perdarahan waktu nifas karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak.
 - 4) Pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
 - 6) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia.

Jika petugas kesehatan menolong persalinan harus mengawasi sampai 2 jam pertama.
- b. Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan, tujuan :
 - 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.

- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan normal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ketiga 2-3 minggu setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.
 - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi.
- d. Kunjungan keempat 4-6 minggu setelah persalinan
- 1) Menanyakan kepada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
 - 2) Memberikan konseling KB secara dini.
 - 3) Tali pusat harus tetap kering, ibu perlu diberitahu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi, misal minyak atau bahan lain. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.
 - 4) Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada ikterus atau tidak, ikterus pada hari ketiga post partum adalah fisiologis yang tidak perlu pengobatan. Namun bila ikterus terjadi pada hari ketiga atau kapan saja dan bayi malas untuk menetek serta tampak mengantuk maka segera dirujuk bayi ke RS.
 - 5) Bicarakan pemberian ASI dengan ibu dan perhatikan apakah bayi menetek dengan baik/

- 6) Nasehati ibu untuk hanya memberikan ASI kepada bayi selama minimal 4-6 bulan dan bahaya pemberian makanan tambahan selain ASI sebelum usia 4-6 bulan.
- 7) Catat semua dengan tepat hal-hal yang diperlukan.
- 8) Jika ada yang tidak normal segeralah merujuk ibu atau bayi ke puskesmas atau RS.

2.4.8 Resiko Pada Postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan berlebihan yang terjadi setelah melahirkan, kondisi ini sangat serius dan dapat mengakibatkan kematian pada ibu dikarenakan terbukanya pembuluh darah pada rahim dimana plasenta melekat di dinding rahim ketika hamil atau darah keluar dari robekan jalin lahir yang terjadi saat wanita episiotomi pada proses persalinan.

2.4.9 Penanganan Perdarahan Pada Postpartum

Ada 2 macam tatalaksana perdarahan pada ibu postpartum yaitu:

Secara umum:

- a. Apabila menemukan tanda-tanda syok, lakukan penatalaksanaan syok
- b. Memberikan oksigen.
- c. Memasang infus intravena dengan jarum 18
- d. Memulai pemberian cairan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat atau Ringer Asetat) sesuai dengan kondisi ibu.
- e. Melakukan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan.
- f. Jika fasilitas tersedia, lakukan pemeriksaan darah lengkap.
- g. Memasang kateter Folley untuk memantau volume urin dibandingkan dengan jumlah cairan yang masuk.
- h. Melakukan pengawasan tekanan darah, nadi, dan pernapasan ibu.
- i. Memeriksa kondisi abdomen: kontraksi uterus, nyeri tekan, parut luka, dan tinggi fundus uteri.
- j. Memeriksa jalan lahir dan area perineum untuk melihat perdarahan dan laserasi (jika ada, misal: robekan serviks atau robekan vagina).

- k. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
- l. Menyiapkan transfusi darah jika kadar Hb < 8 g/dL atau secara klinis ditemukan keadaan anemia berat
- m. Menentukan penyebab perdarahannya dan melakukan tatalaksana spesifik sesuai penyebab

Secara khusus:

1. Tonus

Pada keadaan gangguan tonus, pemijatan uterus dapat dilakukan untuk membantu memperbaiki tonus dan menghentikan perdarahan. Selain itu, obat-obat uterotonika yang merangsang kontraksi uterus juga dapat digunakan, seperti :

- a) Oksitosin: Berfungsi untuk menstimulasi segmen atas dari miometrium agar dapat berkontraksi dengan teratur dan dapat mengkonstriksi arteri-arteri spiral serta menurunkan aliran darah ke uterus. Dosis yang direkomendasikan 20 – 40 IU dalam 1 liter normal *saline*, berikan secara intravena sebanyak 500 mL dalam 10 menit, kemudian selanjutnya 250 mL setiap jam.
- b) Misoprostol: Bekerja dengan menginduksi kontraksi uterus secara menyeluruh. Dosis yang direkomendasikan adalah 800 – 1000 mcg diberikan per rektal atau 600 – 800 mcg diberikan per sublingual atau per oral. Misoprostol digunakan hanya jika tidak tersedia oksitosin.

2. Trauma

Pada keadaan trauma misalnya pada laserasi jalan lahir dapat dilakukan penjahitan laserasi secara kontinu. Sedangkan pada inversio uteri dapat dilakukan reposisi uterus.

3. Tissue

Pada keadaan sisa plasenta dapat dilakukan manual plasenta dengan hati-hati. Sedangkan pada sisa bekuan darah, dapat dilakukan eksplorasi digital atau aspirasi vakum manual dan mengeluarkan bekuan darah atau jaringan sisa.

4. Thrombin

Pada keadaan dengan gangguan faktor pembekuan darah dapat diberikan transfusi darah lengkap untuk menggantikan faktor pembekuan darah dan sel darah merah.

2.4.10 Konsep Manajemen SOAP Nifas

SOAP pada Nifas

Menurut Muslihatun, 2011 pendokumentasian SOAP pada masa nifas yaitu:

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu nifas atau data yang diperoleh dari anamnesa, anatara lain: keluhan ibu, riwayat kesehatan berupa mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ket, ketidaknyamanan atau rasa sakit, kekhawatiran, makanan bayi, pengeluaran ASI, reksi pada bayi, reaksi terhadap proses melahirkan dan kelahiran.

1. Biodata yang mencakup identitas pasien

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b. Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut agar dapat membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa.

d. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauhmana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat meberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e. Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

f. Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perenium.

3. Riwayat kesehatan

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut dan kronis.

5. Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya.

7. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah sudah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

8. Riwayat obstetrik

9. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

10. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang dapat berpengaruh pada masa nifas saat ini.

11. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan

kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

12. Data psikologis

- a. Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in*, *taking hold* atau *letting go*.
- b. Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.
- c. Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

13. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a. Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu *nifas* juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).
- b. Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
- c. *Personal Hygiene*: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).
- d. Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).

- e. Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam *nifas* dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).
- f. Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Pendokumentasian ibu nifas pada data objektif yaitu keadaan umum ibu, pemeriksaan umum yaitu tandatanda vital, pemeriksaan kebidanan yaitu kontraksi uterus, jumlah darah yang keluar, pemeriksaan pada buah dada atau puting susu, penge luaran pervaginam, pemeriksaan pada perineum, pemeriksaan pada ekstremitas seperti pada betis, reflex.

Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum, kesadaran
2. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan Darah, Tekanan darah normal yaitu < 140/90 mmHg.
 - b. Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38^oc. pada hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara.
 - c. Nadi normal ibu nifas adalah 60-100. Denyut nadi ibu akan melambat sekitar 60x/ menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh.
 - d. Pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit.pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Bila ada respirasi cepat postpartum (> 30x/ menit) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok

3. Payudara

Dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran kelenjar, dan bagaimanakah keadaan puting susu ibu apakah menonjol atau tidak, apakah payudara ibu ada bernanah atau tidak.

4. Uterus

Dalam pemeriksaan uterus yang diamati oleh bidan antara lain adalah periksa tinggi fundus uteri apakah sesuai dengan involusi uteri, apakah kontraksi uterus baik atau tidak, apakah konsistensinya lunak atau tidak, apabila uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka pada saat palpasi tidak akan tampak peningkatan aliran pengeluaran lochea.

5. Kandung Kemih

Jika ibu tidak dapat berkemih dalam 6 jam postpartum, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke vulva dan perineum ibu. Setelah kandung kemih dikosongkan, maka lakukan masase pada fundus agar uterus berkontraksi dengan baik.

6. Genetalia

Yang dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan genetalia adalah periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya, periksa apakah ada hematoma vulva (gumpalan darah) gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat, lihat kebersihan pada genetalia ibu, anjurkan kepada ibu agar selalu menjaga kebersihan pada alat genetaliannya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi.

a) Pengeluaran *Lokhea*: Menurut Mochtar (2011), jenis *lokhea* diantaranya adalah:

- 1) *Lokhea rubra (Cruenta)*, muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel *desidua*, *verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* serta sisa darah.

- 2) *Lokhea sanguilenta*, *lokhea* ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
- 3) *Lokhea serosa*, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, *leukosit* dan tidak mengandung darah lagi.
- 4) *Lokhea alba*, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.
- 5) Bila *pengeluaran lokhea* tidak lancar disebut *Lochiastasis*.

7. Perineum

Saat melakukan pemeriksaan perineum periksalah jahitan laserasinya.

8. Ekstremitas bawah

Pada pemeriksaa kaki apakah ada varices, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis

9. Pengkajian psikologi dan pengetahuan ibu (Sunarsih,2014).

10. Pemeriksaan penunjang

- a) *Hemoglobin*: Pada awal masa *nifas* jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
- b) *Protein Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada ibu nifas yaitu pada diagnosa ibu nifas seperti postpartum hari ke berapa, perdarahan masa nifas, subinvolusio, anemia postpartum, Preeklampsia. Pada masalah ibu nifas pendokumentasian seperti ibu kurang informasi, ibu tidak ANC, sakit mulas yang mengganggu rasa nyama, buah dada bengkak dan sakit.

Diagnosa

Untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :

Masa nifas berlangsung normal atau tidak seperti involusi uterus, pengeluaran lochea, dan pengeluaran ASI serta perubahan sistem tubuh, termasuk keadaan psikologis.

1. Ibu dengan anemia ringan
2. Penyulit/masalah dengan ibu yang memerlukan tindakan segera seperti bengkak pada payudara.
3. Dalam kondisi normal atau tidak seperti bernafas, refleks, masih menyusui melalui penilaian Apgar, keadaan gawatdarurat pada bayi seperti panas, kejang, asfiksia, hipotermi dan perdarahan.
4. Bayi dalam kegawatdaruratan seperti demam, kejang, asfiksia, hipotermi, perdarahan pada pusat. Contoh

Diagnosis : Postpartum hari pertama.

Masalah : Kurang Informasi tentang teknik menyusui.

Kebutuhan : informasi tentang cara menyusui dengan benar

Planning (P)

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa keadan umum ibu sudah membaik ditandai dengan tanda-tanda vital yang normal, pengembalian ukuran uterus normal, perdarahan normal

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi bertahap pada 6 jam operasi yaitu menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pada 6-10 jam setelah operasi diharuskan untuk dapat miring kekiri dan kekanan. Dan pada 24 jam setelah operasi ibu dianjurkan untuk belajar duduk.

Evaluasi : Ibu sudah melakukan mobilisasi secara bertahap pada 6 jam setelah persalinan.

3. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk menjaga personal hygiene yaitu dengan menjaga kebersihan kemaluannya agar tidak terjadi infeksi dengan cara membersihkan kemaluan dengan air bersih,serta mengganti pembalut 3 kali sehari atau jika terasa sudah terasa penuh.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan mengatakan akan rajin membersihkan kemaluannya.

4. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu boleh diberikan minum dan makan yang teksturnya lembut apabila ibu tidak ada keluhan mual, dan pusing.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan akan memenuhi kebutuhan nutrisinya.

5. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi putih telur 6 butir/hari yang bermanfaat untuk mempercepat proses penyembuhan luka bekas operasi karena kandungan protein yang tinggi.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan mengonsumsi putih telur dan ibu bersemangat untuk cepat pulih.

6. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya yang terjadi selama masa nifas, yaitu :

- a. Perdarahan yang banyak sekali dan bau busuk pada jalan lahir
- b. Bengkak, kemerahan dan nyeri pada payudara.
- c. Demam tinggi atau mengigil
- d. Mengingatkan ibu jika menemukan tanda-tanda bahaya tersebut, ibu dianjurkan untuk segera memberitahu Bidan yang jaga.
- e. Ibu mengerti dan bisa menyebutkan ulang tanda bahaya masa nifas

7. Menganjurkan ibu untuk selalu memberikan ASI nya setiap 2 jam sekali atau sesering mungkin

Evaluasi : Ibu dan keluarga sudah paham

8. Memberitahu dan mengajari ibu tentang pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Dengan melakukan latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu yaitu dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel). Kemudian berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otototot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 tahan. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan.

Evaluasi : Ibu bisa melakukannya

9. Mengajari ibu untuk selalu menjaga kebersihan payudara, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu

lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar disekitar puting (menyusui tetap dilakukan) apabila lecet berat ASI diberikan dengan menggunakan sendok, menghilangkan rasa nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI maka dilakukan pengompresan dengan kain basah dan hangan selama 5 menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting, keluarkan ASI sebagian sehingga puting menjadi lunak, susukan bayi 2-3 jam sekali, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui dan payudara dikeringkan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang telah dijelaskan oleh bidan.

2.5 Konsep Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam Rahim. (purwoastuti & walyani siwi 2015)

2.5.2 Tujuan Program KB

- a. Tujuan Umum: meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluar Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya penduduk. (purwoastuti & walyani siwi 2015)
- b. Tujuan khusus : meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara mengatur jarak kelahiran. (purwoastuti & walyani siwi 2015)
- c. Tujuan lain: meliputi pengaturan kelahiran,pendewasaan usia perkawinan,peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Ari Sulistiawati, 2011).

2.5.3 Sasaran program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 sebagai berikut.

- a. Menurunkan rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14 % per tahun.
- b. Menurunkan angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 /perempuan.
- c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya,tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi(unmet need) menjadi 6 %.
- d. Meningkatnya peserta KB laki-lakimenjadi 4,5%.

- e. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- f. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- g. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- h. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- i. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan program KB Nasional

2.5.4 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

a. Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.

- 1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksi.
- 2) Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

- 1) Memperbaiki kesehatan fisik
- 2) Mengurangi beban ekonomikeluarga yang ditanggungnya.

c. Seluruh Keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan social setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuannya. Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut:

- 1. Keluarga berencana

2. Kesehatan reproduksi remaja
3. Kesehatan dan pemberdayaan keluarga
4. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
5. Keserasian kebijakan pendudukan.

2.5.5 Macam-macam Kontrasepsi yang dapat digunakan oleh ibu dengan perdarahan

A. KB MAL

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya (Proverawati,2010)

MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

1. Menyusui secara penuh (full breast feeling), lebih efektif jika diberikan minimal 8 kali sehari
2. Belum mendapatkan haid.
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan.
 - a) Indikasi
 - 1) Ibu yang menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan
 - 2) Belum mendapatkan menstruasi setelah melahirkan
 - b) Kontraindikasi
 - 1) sudah mendapatkan menstruasi setelah persalinan
 - 2) tidak menyusui secara eksklusif
 - 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
 - 4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

(Hidayati,2009)

B. Metode Operasi Wanita (MOW)

Metode operasi wanita adalah metode kontrasepsi mantab bagi seorang wanita yang tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Metode Operasi Wanita yang digunakan yaitu tubektomi.

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang tersebut tidak akan mendapat keturunan lagi.

1. Manfaat

Tidak mempengaruhi proses menyusui.

- a) Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anastesi local.
- b) Tidak ada perubahan dengan fungsi seksual.

2. Keterbatasan

- a) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- b) Tidak melindungi diri dari IMS dan HIV/AIDS.

3. Mekanisme kerja

Dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

4. Indikasi Tubektomi

- a) Usia > 26 tahun.
- b) Paritas.
- c) Yakin keluarga besar telah sesuai dengan kehendaknya.
- d) Pada kehamilan akan menimbulkan risiko Kesehatan yang serius.
- e) Pasca perslinan.
- f) Pasce abortus.
- g) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

5. Kontraindikasi Tubektomi

- a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai).
- b) Perdarahan prevaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- c) Infeksi sistematik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasai di masa depan.

- f) Belum memberikan persetujuan tertulis.
- 6. Kelebihan
 - a) Sangat efektif dan permanen.
 - b) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana.
 - c) Tidak ada efek samping.
 - d) Tidak mempengaruhi ASI.
 - e) Tidak mengganggu senggama.
- 7. Kerugian
 - a) Harus dipertimbangkan dengan baik karena bersifat permanen.
 - b) Dapat menyesal dikemudian hari.
 - c) Rasa tidak nyaman dalam jangka pendek setelah tindakan. Harus dilakukan oleh dokter ahli atau spesialis.

2.5.6 Konsep Manajemen SOAP Keluarga Berencana

SOAP Keluarga Berencana

Menurut Muslihatun, 2011 pendokumentasian SOAP pada masa keluarga berencana yaitu:

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif keluarga berencana atau data yang diperoleh dari anamnesa, antara lain: keluhan utama atau alasan datang, riwayat perkawinan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi yang digunakan, riwayat kesehatan, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, keadaan psiko sosial spiritual.

Data Subjektif

1. Biodata yang mencakup identitas pasien

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b. Umur

Untuk mengetahui kontrasepsi yang cocok untuk pasien.

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut agar dapat membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa.

d. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e. Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

f. Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

h. Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut dan kronis.

i. Riwayat kesehatan keluarga.

j. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah sudah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, Riwayat obstetric.

k. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

l. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

m. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, dan aktivitas sehari-hari.

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment.

Pendokumentasian Keluarga berencana pada data objektif yaitu Pemeriksaan fisik dengan keadaan umum, tanda vital, TB/BB, kepala dan leher, payudara, abdomen, ekstremitas, genetalia luar, anus, pemeriksaan dalam/ ginekologis, pemeriksaan penunjang.

Data Objektif :

1. Vital sign
 - a. Tekanan darah
 - b. Pernafasan
 - c. Nadi
 - d. Temperatur
2. Pemeriksaan fisik Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki.
 - a. Keadaan umum ibu
 - b. Keadaan wajah ibu

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada keluarga berencana yaitu diagnosis kebidanan, masalah, diagnosis potensial, masalah potensial, kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien.

Contoh :

Diagnosa : P1 Ab0 Ah0 Ah1 umur ibu 23 tahun, umur anak 2 bulan, menyusui, sehat ingin menggunakan alat kontrasepsi.

Masalah : seperti potensial terjadinya peningkatan berat badan , potensial fluor albus meningkat , obesitas , mual dan pusing.

Kebutuhan : melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien seperti kebutuhan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi)

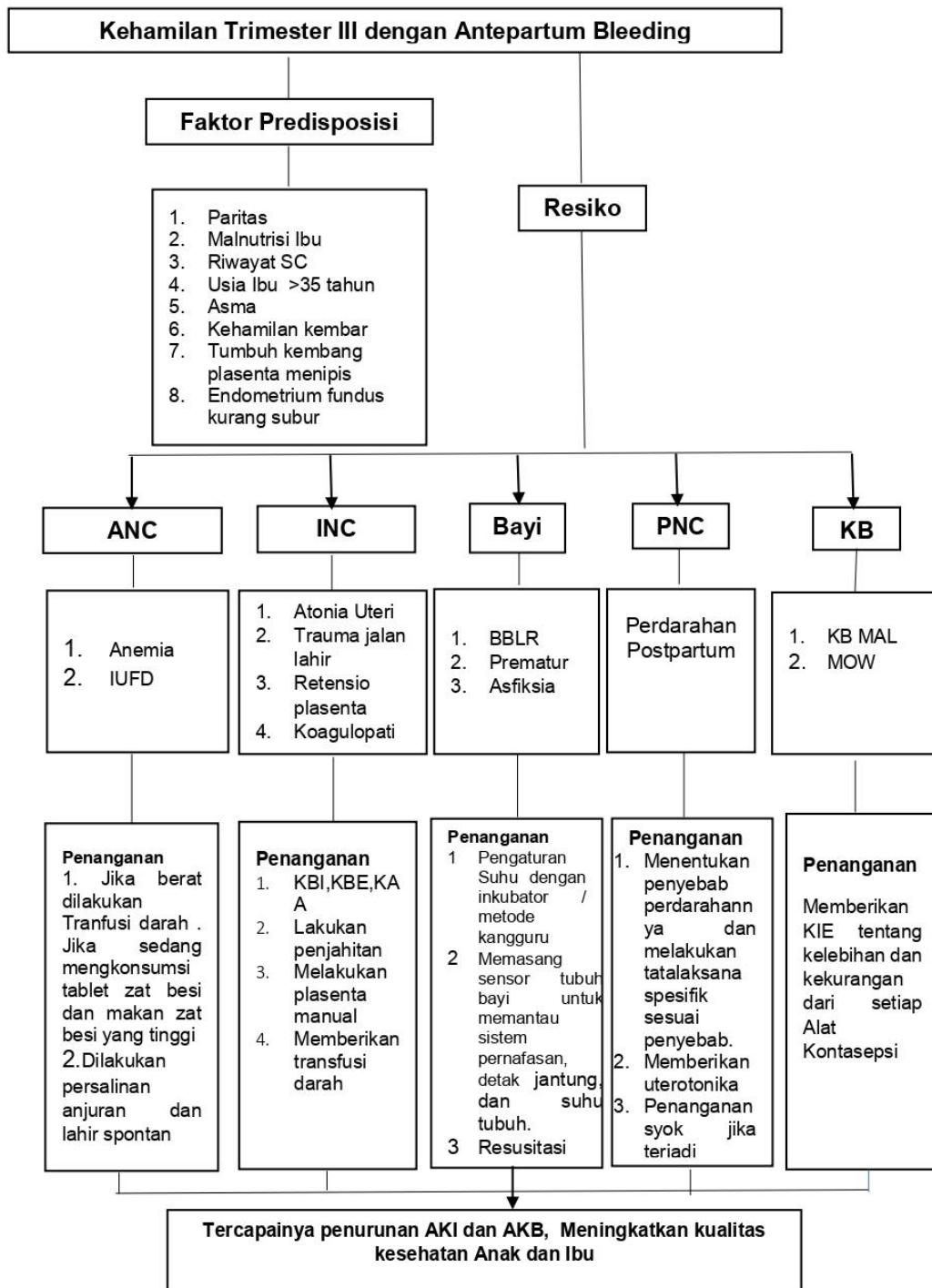
Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. Pendokumentasian planning atau pelaksanaan pada keluarga berencana yaitu memantau keadaan umum ibu dengan mengobservasi tanda vital, melakukan konseling dan memberikan informasi kepada ibu tentang alat kontrasepsi yang akan digunakan, melakukan informed consent, memberikan kartu

KB dan jadwal kunjungan ulang. Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Adapun hal-hal yang perlu dilakukan pada kasus ini adalah:

- a. Meningformasikan tentang alat kontrasepsi
- b. Meinginformasikan cara menggunakan alat kontrasepsi
 1. Membawa hubungan yang baik dengan ibu
 2. Memberikan KIE pada ibu tentang keluarga berencana
 3. Menjelaskan efek samping, kelebihan, kekurangan, efektifitas KB pada ibu dan suami
 4. Menjelaskan kepada ibu KB apa yang sesuai dengan keadaan ibu
 5. Menganjurkan ibu untuk memilih KB jangka panjang atau sterilisasi
 6. Melakukan metode KB yang telah di anjurkan pada ibu sesuai dengan protap
 7. Menginformasikan tentang alat kontrasepsi
 8. Menginformasikan cara menggunakan alat kontrasepsi

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka teori dengan asuhan kebidanan pada ny. "W" usia 38 tahun kehamilan trimester III dengan antepartum bleeding sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi di Rumkitban Lawang