

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan Trimester III

2.1.1 Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) (Saifuddin, 2009). Masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Trimester pertama secara umum dipertimbangkan berlangsung pada minggu pertama hingga ke-12 (12 minggu), trimester ke dua pada minggu ke-13 hingga ke-27 (15 minggu, dan trimester ke tiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (13 minggu). Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami perubahan dalam yang meliputi perubahan fisiologis dan psikologis (Varney, 2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan adalah serangkaian proses ulang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi, dan implantasi (Sulistiyawati, 2011)

Kehamilan trimester III adalah periode kehamilan bulan terakhir/sepertiga masa kehamilan terakhir. Kehamilan trimester ketiga dimulai pada minggu ke-27 sampai kehamilan dinilai cukup bulan (38 sampai 40 minggu) (fauziah, 2012).

2.1.2 Skrinning faktor resiko kehamilan

Faktor risiko menurut Rochyati (2011) adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.

Ciri-ciri faktor risiko adalah sebagai berikut:

- a. Faktor risiko mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.

- b. Faktor risiko dapat ditemukan dan diamati dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
- c. Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor risiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat berarti menyebabkan kemungkinan yang terjadinya risiko lebih besar.
- d. Beberapa faktor risiko pada seorang ibu hamil dapat merupakan suatu mata rantai dalam proses terjadinya komplikasi pada persalinan.

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Rohyati (2011) dikelompokkan dalam tiga kelompok I,II,dan III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/ tingkat risikonya. Kapan ditemukan: pada kehamilan muda atau kehamilan lanjut.

- a. Cara pengenalan: adanya faktor risiko dapat kenali oleh setiap orang dengan mudah atau diduga misalnya perut sngat besar diduga ada kehamilan kembar atau ada penyakit, yang perlu dirujuk ke bidan di desa atau dokter puskesmas, dokter/bidan praktek swasta untuk diperiksa dan ditentukan.
- b. Tingkat dan sifat risiko , sesuai dengan derajat kegawatannya.
 - 1) Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO / kehamilan resiko rendah (KRR), ada masalah yang perlu diwaspadai
 - 2) Ada Gawat Obstetrik/AGO, Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), ada tanda bahaya awal.
 - 3) Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), yang mengancam nyawa ibu dan bayi.

Jumlah faktor risiko pada ibu kelompok I,II,III menurut (Rochyati, 2011) diantaranya sebagai berikut:

a) Kelompok I

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

Tabel 2.1 Faktor resiko kelompok I

No	Faktor risiko (FR I)	Kondisi ibu
1.	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur \leq 16 tahun
2.	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur \geq 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin \geq 4 Tahun
3.	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil \geq 10 Tahun
4.	Anak Terkecil < 2 Tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil \leq 2 Tahun
5.	Grande multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur \geq 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7.	Tinggi badan \leq 145 cm	Telalu pendek pada ibu dengan: a. Hamil pertama b. Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali.
9.	Pernah melahirkan dengan :	a. Pernah melahirkan dengan b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam Rahim c. Pernah di infus/tranfusi pada perdarahan

		pasca persalinan.
10.	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan Operasi Sesar sebelum kehamilan ini.

- b) Kelompok II Ada Gawat Obstetrik/AGO, yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat. Pada kelompok ini memiliki 8 faktor risiko.

Table 2.2 Faktor Resiko kelompok II

No	Faktor risiko (FR II)	Kondisi ibu
11.	Penyakit ibu hamil: a. Anemia b. Malaria c. Tuberkulosa Paru	Pucat, lemas badan, lekas Lelah, lesu, mata berkunang-kunang Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	d. Payah jantung e. Kencing manis f. PMS,dll	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak Diketahui dari diagnosis dokter Diketahui dari diagnosis dokter pemeriksaan lab
12.	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
13.	Hamil kembar/Gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak tak terasa dibanyak tempat

14.	Hamil kembar air/ Hydramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil.
15.	Hamil lebih bulan/hamil Serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
16.	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi, perut mengecil.
17.	Kelainan letak: a. Letak sungsang b. Letak lintang	Rasa berat (nggandol) menunjukkan letak dari kepala janin. a. Di atas perut: kepala bayi ada di atas dalam rahim b. Di samping perut: kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, yaitu ada ancaman nyawa ibu dan bayi. Pada kelompok ini memiliki 2 faktor risiko.

Tabel 2.3 Faktor Resiko Kelompok III

No	Faktor risiko (FR III)	Kondisi ibu
18.	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
19.	Preeklamsia berat Eklamsia	Pada waktu hamil 6 bulan lebih: sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

2.1.3 Jenis – jenis Section caesaria

a) Insisi Abdominal

Pada dasarnya insisi ini adalah garis tengah subumbilikal dan insisi abdominal transversa

1. Insisi Garis Tengah Subumbilikal

Insisi garis tengah subumbilikal adalah operasi yang dilakukan di bawah segmen kulit, Bekas luka tidak terlihat, terdapat banyak ketidaknyamanan pasca operasi dan luka jahitan lebih cenderung muncul di bandingkan dengan insisi tranversa. Insisi garis tengah subumbilikal ini lebih mudah dan cepat, dengan pendarahan minimal (Liu, 2008). Tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim low servical transversal kira-kira 10 cm kelebihannya adalah penjahitan luka lebih mudah, Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik (Jitowiyono & kristiyanasari 2012).

2. Insisi Tranversa

Insisi transversa merupakan jenis operasi *Sectio caesarea* yang menimbulkan sedikit jahitan dan sedikit ketidaknyamanan, memungkinkan mobilitas pasca operasi yang lebih baik. Insisi Secara teknis lebih sulit khususnya pada operasi berulang. Insisi ini lebih vaskuler dan memberikan akses yang lebih sedikit (Manuaba, 2012). Section cesaria klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri sedangkan section cesaria ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim. *Sectio caesarea* klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada corpus uteri. Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm. Kelebihannya adalah Mengeluarkan janin dengan cepat, tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik, sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal (Manuaba, 2012).

b) Insisi Uterus

Jalan masuk ke dalam uterus dapat melalui insisi garis tengah atau segmen bawah tranversal

1. *Sectio caesarea* segmen bawah

Sectio caesarea segmen bawah adalah pendekatan yang lazim di gunakan. Keuntungan dari *Sectio Caesare* segmen bawah yaitu Lokasi tersebut memiliki sedikit pembuluh darah sehingga kehilangan darah yang di timbulkan hanya sedikit, Mencegah penyebaran infeksi ke rongga abdomen, merupakan bagian uterus yang sedikit berkontraksi sehingga hanya sedikit kemungkinan terjadinya rupture pada bekas luka di kehamilan berikutnya. Penyembuhan lebih baik dengan komplikasi pascaoperasi yang lebih sedikit seperti pelekatan. Kerugiannya yaitu Lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih meningkatkan resiko kerusakan kususnya pada prosedur pengulangan, Perluasan kes sudut lateral atau belakang kandung kemih dapat meningktakan kehilangan darah (jitowiyono & kristiyanasari, 2012). *Sectio caesarea* segmen bawah yaitu dengan melakukan sayatan mendatar. Pada jenis ini di buat sayatan kecil melintang di bawah uterus (rahim), kemudian sayatan ini dilebarkan degan jari-jari tangan dan berhenti di daerah pembuluh-pembuluh darah uterus. Pada sebagian besar bayi kasus persalinan, posisi kepala bayi terletak dibalik sayatan, sehingga harus diekstraksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya, dan plasenta serta selaput ketuban (Liu, 2008).

2. *Sectio caesarea* klasik atau segmen atas

Sectio caesarea klasik adalah jenis insisi di lakukan secara vertical di garis tengah uterus. Indikasi penggunaannya meliputi Getasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah, Jika akses ke segmen bawah terhalang oleh pelekatan fibroid uterus, Jika ada karsinoma serviks (Liu, 2008). Segmen atas pada persalinan *sectio caesarea* adalah pembedahan melalui sayatanvertikal pada dinding perut (abdomen) yang leboh dikenal dengan classical

incision atau sayatan klasik. Jenis ini memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Operasi section caesarea jenis ini jarang digunakan untuk tenaga kedokteran karena lebih beresiko pada kelahiran. Seringkali diperlukan luka insisi yang lebih lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu (Liu, 2008).

3. Insisi Kronig-Gelhon-Beck

Insisi kronig-Gelhom-Beck ini adalah insisi garis tengah pada segmen bawah yang di gunakan pada pelahiran premature apabila segmen bawah terbentuk dengan buruk atau dalam keadaan terdapatnya perluasan ke segmen uterus bagian atas yang di lakukan untuk banyak akses. Insisi ini lebih sedikit komplikasi dari pada sectio caesaraea secara klasik. Operasi yang mengeluarkan janin dari cavum uteri bisa karena janin sudah mati dan laksana dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat (Liu, 2008).

2.1.4 Indikasi Sectio Caesaria

Beberapa indikasi dilakukan tindakan *sectio caesarea* yaitu antara lain sebagai berikut :

1) Faktor Janin

Faktor janin merupakan tindakan operasi sesar yang dilakukan karena kondisi janin tidak memungkinkan untuk dilakukan persalinan normal, contohnya bayi yang terlalu besar dengan perkiraan berat lahir 4.000 gram. atau lebih. Kondisi tersebut jika dilakukan persalinan normal dapat membahayakan keselamatan ibu dan janinnya. Pada posisi sungsang berat janin lebih dari 3600 gram sudah dianggap besar sehingga perlu dilakukan kelahiran dengan operasi sesar (Nugroho, 2012)

2) Letak Sungsang

Sekitar 3-5 % atau 3 dari 100 bayi lahir dalam posisi sungsang. Keadaan janin sungsang terjadi apabila letak janin didalam rahim memanjang dengan kepala berada dibagian atas rahim, sementara bokong berada dibagian bawah rongga rahim. Risiko bayi lahir

sungsang pada persalinan alami diperkirakan 4 kali lebih besar dibandingkan lahir dengan letak kepala yang normal. Oleh karena itu biasanya langkah terakhir untuk menntisipasi hal terburuk karena persalinan yang tertahan akibat janin sungsang adalah operasi (Heryani, 2012)

3) Letak lintang

Kelainan lain yang sering terjadi adalah letak lintang atau miring (oblique). Letak yang demikian menyebabkan poros janin tidak sesuai dengan arah jalan lahir. Letak miring yang dimaksud yaitu letak kepala pada posisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong akan berada sedikit lebih tinggi daripada kepala janin, sementara bahu berada pada bagian atas panggul. Konon punggung dapat berada didepan, belakang, atas maupun bawah. Kelainan letak lintang ini hanya terjadi sebanyak 1%. Kelainan ini biasanya ditemukan pada perut ibu yang menggantung atau karena adanya kelainan bentuk rahim. Penanganan untuk kelainan letak lintang ini juga sifatnya sangat individual. Apabila dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi, sebelumnya harus memperhitungkan sejumlah faktor keselamatan ibu dan bayi (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012)

4) Bayi kembar

Pada konsidi Bayi kembar akan di lahirkan secara operasi sesar, kelahiran kembar ini memiliki resiko terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Misalnya, lahir prematur atau lebih cepat dari waktunya. Sering kali terjadi preeklampsi pada ibu yang hamil kembar karena stres. Selain itu karena bayi kembar pun dapat mengalami sungsang sehingga sulit untuk melahirkan normal (Manuaba, 2012)

5) KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

6) Ancaman gawat janin (fetal distress)

Keadaan gawat janin pada tahap persalinan, memungkinkan dokter untuk memutuskan dilakukannya operasi. Seperti diketahui, sebelum lahir, janin mendapat oksigen dari ibunya melalui ari-ari dan tali pusat. Apabila terjadi gangguan pada ari-ari akibat ibu menderita tekanan darah tinggi atau kejang rahim, serta gangguan pada tali pusat (akibat tali pusat terjepit antara tubuh bayi maka jatah oksigen yang disalurkan ke bayi pun menjadi berkurang. berakibat janin akan tercekik karena kehabisan nafas. Kondisi ini bisa menyebabkan janin mengalami kerusakan otak, bahkan tidak jarang meninggal dalam rahim (Liu, 2008).

7) Factor ibu CPD (Cephalo Pelvik Disproportion)

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal

8) PEB (Pre- Eklampsia Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

2.1.5 Komplikasi

a. Infeksi puerperal (nifas)

Infeksi ini berupa ringan dan berat, kenaikan suhu

beberapa hari termasuk dalam kategori ringan, sedangkan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung termasuk sedang. Kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik termasuk dalam kategori berat. Infeksi disebabkan oleh adanya kuman atau bakteri sumber penyebab infeksi pada daerah luka. Infeksi menyebabkan peningkatan inflamasi dan nekrosis yang menghambat penyembuhan luka (Marmi, 2016).

b. Perdarahan

Perdarahan disebabkan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada plasental bed. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi rahim atau akibat atonia uteri yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan. Sepsis setelah terjadi pembedahan, frekuensi dari komplikasi ini lebih besar bila sectio caesaria dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Cidera pada sekeliling struktur usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter. Hematuri singkat dapat terjadi akibat terlalu antusias dalam menggunakan regaktor di daerah dinding kandung kemih (Jitowiyono & Kristyanasari, 2012)

c. Komplikasi yang timbul pada eklampsia

Komplikasi tergantung derajat pre eklampsia atau eklampsia antara lain Atonia uteri, Sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count), ablasi retina, KID (Koagulasi Intravaskuler Diseminata), Gagal ginjal, Perdarahan otak, edema paru, gagal jantung, hingga syok dan kematian. Komplikasi pada janin berhubungan dengan akut atau kronisnya insufisiensi uteroplasenta, misalnya pertumbuhan janin terlambat dan prematuritas (Saputri, 2013).

d. Hipotermi

Perawatan pasien pasca bedah dapat menjadi kompleks akibat perubahan fisiologis yang mungkin terjadi, diantaranya komplikasi perdarahan, irama jantung tidak teratur, gangguan pernafasan, sirkulasi, pengontrolan suhu (hipotermi), serta fungsi-fungsi vital lainnya seperti fungsi neurologis, integritas kulit dan kondisi luka, fungsi genito-urinaria, gastrointestinal, keseimbangan cairan dan elektrolit serta rasa nyaman (potter, 2006), Beberapa kejadian menggigil (hipotermia) yang tidak diinginkan mungkin dialami pasien akibat suhu yang rendah di ruang operasi, infus dengan cairan yang dingin, inhalasi gas-gas yang dingin, kavitas atau luka terbuka pada tubuh, aktivitas otot yang menurun, usia yang lanjut, atau agent obat-obatan yang digunakan seperti vasodilator/fenotiasin. (Minarsih 2013).

2.1.6 Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan sectio caesaria, bahkan sekarang sectio caesaria menjadi salah satu pilihan persalinan (sugeng, 2010).

Adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa,rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre eklamsi, distoksia service dan mall presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu sectio caesaria (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi dinding pada dinding abdomen sehingga

menyebabkan inkontinuitass jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostlagandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

2.1.7 Resiko tinggi Kehamilan Sectio Caesaria

Menurut WHO (2010). Resiko tinggi riwayat sectio caesaria dengan jarak kehamilan terlalu dekat akan mengakibatkan :

a. Plasenta previa

Plasenta menempel di dinding rahim bagian bawah dan akan menutupi serviks sebagian atau sepenuhnya. Ini menyebabkan perdarahan selama atau setelah melahirkan. Persalinan dengan operasi caesar meningkatkan resiko plasenta previa di kehamilan berikutnya.

b. Solusio placenta

Plasenta meluruh atau bahkan placenta lepas dari dinding rahim sebelum waktunya.

c. Ruptur uteri

Vaginal Birth After Caesaria (VBAC). Bisa berujung pada robeknya dinding rahim, khususnya jika jarak antar kehamilan sangat pendek. Ruptur uteri merupakan robeknya bekas luka yang didapat dari persalinan dengan operasi caesar sebelumnya. Ibu hamil dengan berat badan berlebihan memiliki resiko lebih besar untuk mengalami ruptur uteri.

1. Resiko jangka pendek

a. Terjadi infeksi

Infeksi luka akibat persalinan *sectio caesaria* beda dengan luka persalinan normal. Luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat sedangkan luka caesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding rahim yang setelah operasi selesai masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Jadi bisa ada 3 sampai 5 lapis jahitan. Apabila penyembuhan tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan ulang . kesterilan yang tidak terjaga akan mengundang bakteri penyebab infeksi. Apabila infeksi ini tak tertangani besar kemungkinan akan menjalar ke organ tubuh lain, bahkan organ-organ penting seperti otak ,hati dan sebagainya bisa terkena infeksi yang berakbat kematian. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada rahim infeksi rahim terjadi jika ibu sudah kena infeksi sebelumnya, misalnya mengalami pecah ketuban. Ketika dilakukan operasi rahim pun terinfeksi. Apalagi luka antibiotik yang digunakan dalam operasi tidak cukup kuat. Infeksi bisa dihindari dengan selalu memberikan informasi yang akurat kepada dokter

sebelum keputusan tindakan caesar diambil.

b. Kemungkinan terjadi keloid

Keloid atau jaringan parut muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan. Sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel meningkat dan meningkat terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang punya kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya. Keloid hanya terjadi pada wanita yang memiliki jenis penyakit tertentu. Cara mengatasinya adalah dengan memberikan informasi tentang segala penyakit yang ibu derita sebelum kepastian tindakan sectio caesaria dilakukan. Jika memang harus menjalani sectio caesaria padahal ibu punya potensi penyakit demikian tentu dokter akan memiliki jalan keluar, misalnya diberikan obat-obatan tertentu melalui infus atau langsung diminum sebelum atau sesudah sectio caesaria.

c. Perdarahan berlebihan

Resiko lainnya adalah perdarahan. Memang perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Misalnya plasenta lengket tak mau lepas. Bukan tak mungkin setelah setelah placenta terlepas akan menyebabkan perdarahan. Darah yang hilang lewat sectio caesaria lebih sedikit dibandingkan lewat persalinan normal. Namun dengan tehnik pembedahan dewasa ini perdarahan bisa ditekan sedemikian rupa sehingga sangat minim sekali. Darah yang keluar saat sectio caesaria adalah daerah yang memang semestinya keluar dalam persalinan normal. Keracunan darah pada sectio caesaria dapat terjadi karena sebelumnya ibu sudah mengalami infeksi. Ibu yang di awal kehamilan mengalami

infeksi rahim bagian bawah, berarti air ketubannya sudah mengandung kuman. Apabila ketuban pecah dan didiamkan, kuman akan aktif sehingga vagina berbau busuk karena bernanah, selanjutnya kuman masuk ke pembuluh darah sehingga operasi berlangsung dan menyebar ke seluruh tubuh.

2. Resiko jangka panjang

Resiko jangka panjang dari sectio caesaria adalah pembatasan kehamilan. Dulu, perempuan yang pernah menjalani sectio caesaria hanya boleh melahirkan 3 kali. Kini, dengan teknik operasi yang lebih baik, ibu memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan sampai 4 kali. Akan tetapi tentu bagi keluarga zaman sekarang pembatasan itu tidak terlalu bermasalah karena setiap keluarga memang dituntut membatasi jumlah kelahiran sesuai program KB nasional (Indiarti dan Wahyudi, 2014).

2.1.8 Keuntungan dan Kerugian Sectio Caesaria

a. Keuntungan Sectio Caesaria

Sectio caesaria lebih aman dipilih dalam menjalani proses persalinan karena telah banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Jalan lahir tidak teruji dengan dilakukannya sectio caesaria, yaitu bilamana didiagnosis panggul sempit atau fetal distress didukung data pelvimetri. Bagi ibu yang paranoid terhadap rasa sakit, maka sectio caesaria adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anastesi atau penghalang rasa sakit (Fauzi, 2007).

b. Kerugian sectio caesaria.

Sectio caesaria mengakibatkan komplikasi diantaranya yaitu kerusakan pada vesika urinaria dan uterus, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian

pada ibu lebih besar pada persalinan sectio caesaria dibandingkan persalinan vaginam. Takipneu sesaat bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan sectio caesaria dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat disingkirkan. Resiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusi plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Rasjidi, 2010).

2.1.9 Penanganan Kehamilan Riwayat Sectio Caesaria

Menurut saiffudin (2014 :616). Konseling wanita hamil dengan parut uterus umumnya adalah sama seperti kehamilan normal , hanya yang harus diperhatikan bahwa konseling ditekankan pada :

- a. Persalinan harus dilakukan di polindes, puskesmas dan rumah sakit dengan peralatan yang memadai untuk kasus persalinan dengan parut uterus.
- b. Menganjurkan ANC terpadu di puskesmas atau rumah sakit
- c. Melakukan ultrasonografi (USG)

2.1.10 Pelayanan ANC terpadu

a. Pengertian

Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Dengan demikian, mampu menghadapi persalinan ,kala nifas , persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998 dalam Kumalasari, 2015). Menurut hutahaen (2013) Antenatal adalah asuhan yang diberikan oleh perawat atau tenaga medis mulai dari konsepsi sampai persalinan. Asuhan diberikan berdasarkan keadaan fisik, emosional dan sosial ibu, janin ,pasangan serta anggota keluarga. Asuhan perawatan pada ibu hamil sangat diperlukan untuk menjamin kesehatan ibu dan janin.

b. Tujuan

Menurut Mansjoer (2005) dalam Kumalasari (2015), tujuan

ANC adalah sebagai berikut:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

2.1.11 Kunjungan ANC TM I II III

Kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai standar yang ditetapkan. Istilah kunjungan disini tidak hanya mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi juga setiap kontak langsung dengan tenaga kesehatan baik diposyandu, pondok bersalin desa, kunjungan rumah dengan ibu hamil tidak memberikan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai dengan standar dapat dianggap sebagai kunjungan ibu hamil (Depkes RI, 2011).

1) Kunjungan ibu hamil KI

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

2) 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.

3) 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).
- d) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan-keluhan tertentu

Menurut Manuaba (2010) 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.

Berikut jenis pemeriksaan pelayanan antenatal terpadu yang dilakukan menurut (Kemenkes RI, 2010) adalah

No	Jenis pemeriksaan	Trimester I	Trimester 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 urin	•	•	•	Atas indikasi
12	Gula darah/reduksi	•	•	•	Atas indikasi
13	Darah malaria	•	•	•	Atas indikasi
14	BTA	•	•	•	Atas indikasi
15	Darah sifilis	•	•	•	Atas indikasi
16	Serologi HIV	•	•	•	Atas indikasi
17	USG	•	•	•	Atas indikasi

2.1.12 Standart pelayanan ANC

Menurut Yeyeh (2010) Antenatal Care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah hamil normal atau bermasalah. Oleh karena itu pelayanan / Asuhan Antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan

mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal. Ibu hamil dianjurkan mengunjungi dokter atau bidan sedini mungkin sejak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/ asuhan antenatal.

Asuhan standar minimal 10 T antara lain : timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) lengkap, pemberian tablet Fe atau zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, temu wicara (konseling dan pemecahan masalah). Asuhan Standar ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan

Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5kg per minggu mulai trimester kedua. Tinggi Badan normal pada ibu hamil >155 cm.

2. Ukur Tekanan Darah

Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preklamsi

3. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis HPHT, TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

4. Pemberian Fablet Fe 90 tablet selama Kehamilan

Tablet Fe harus dikonsumsi rutin setiap hari dan harus menghasilkan 90 tablet tersebut. Tablet Fe sangat penting bagi kesehatan ibu hamil, diantaranya adalah mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil, mencegah terjadinya perdarahan saat persalinan, dapat meningkatkan asupan nutrisi bagi janin, anemia dan perdarahan dapat dicegah, maka kematian ibu dapat diturunkan.

5. Pemberian Imunisasi

Kebutuhan imunisasi pada ibu hamil menurut Barfini (2012), adalah sebagai berikut :

- a) Imunisasi tetanus toxoid dianjurkan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus neonatorum
- b) Penyakit tetanus neonatorum adalah penyakit infeksi yang menyebabkan kematian bayi dengan bayi dengan gejala panas tinggi, kaku kuduk, dan kejang-kejang
- c) Selama hamil imunisasi TT dianjurkan 2 kali pemberian.

6. Pemeriksaan HB

Pemeriksaan HB pada ibu hamil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar HB <11gr% ibu hamil dinyatakan anemia. Maka harus diberikan tablet Fe

7. Pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali dalam spesimen darah vena kurang lebih 22 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8. Perawatan Payudara dan Pijat Tekan Payudara

Perawatan payudara untuk ibu hamil dilakukan 2x sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu

9. Pemeliharaan Tingkat Kebugaran/Senam Hamil

Senam hamil ini diperlukan untuk ibu hamil. Tujuan dilakukannya senam hamil adalah mengurangi rasa kelelahan ibu atau nyeri punggung. Memperkuat otot dasar panggul, melatih teknik pernafasan ibu hamil, memepkuat kelenturan otot dinding parut, melatih relaksasi, melancarkan proses persalinan.

10. Temu Wicara dalam Rangka Persiapan Rujukan

Mendiskusikan dengan ibu bagaimana rencana kedepannya terhadap kehamilannya. Dan memberikan konseling serta mempersiapkan rujukan apabila sewaktu-waktu ada komplikasi.

2.1.13 Score Puji Rohjati

Menurut Puji Rohjati (2014), 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, rujukan di bidan dan puskesmas.
- c. Skor > 12 : Kehamilan resiko sangat tinggi, perawatan oleh dokter, rujukan di rumah sakit.

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th.

Hamil ke : Hasil Terakhir tgl : Parkiran Persalinan tgl : bl

Pendidikan : Ibu Suami :

Pekerjaan : Ibu Suami :

KEL. F.R.	No.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III 2
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Tertalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tanjakan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/transfusi	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungging	5				
	18	Letak Lintang	8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan tel	5				
	20	Persalinan Berat / Kasang-2	6				
JUMLAH SKOR							

PERYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR RISIKO	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
	KEL. RISKU	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG LONG	RUJUKAN
2	KIR	BIDAN	BIDAN	RUMAH POLINDES	BIDAN	
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PMS	POLINDES	BIDAN DOKTER	
> 12	KRT	BIDAN DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Tertambat (RTT)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
1.
2.
3.

Gawat Darurat Obstetrik :
• Kel. Faktor Risiko III
1. Pendarahan antepartum
2. Eklampsia
• Komplikasi Obstetrik
3. Pendarahan postpartum
4. Uri Tertinggal
5. Persalinan Lama
6. Panas Tinggi

TEMPAT :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :
1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lain-2

MACAM PERSALINAN :
1. Normal
2. Tindakan peneuginan
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :
a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2

BAYI :
1. Berat lahir gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Appar Skor :
3. Lahir mati, penyebab :
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab :
5. Kematian bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya / Sterilisasi
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 1 : Kartu Skor Poudji Rochjati

2.1.14 Pemeriksaan Laboratorium Kehamilan

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

1. 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 :

- a. Hemoglobin (HB) bertujuan untuk mendeteksi anemia - Hb kurang dari 11 g/dl.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Retikulosit dapat memberi informasi lebih dini sebagai prediksi anemia dan respons sumsum tulang terhadap suplementasi besi.
- e. Golongan darah A-B-O diperlukan untuk dibandingkan dengan golongan darah bayi saat lahir apakah ada

kemungkinan inkompatibilitas golongan darah A-B-O yang memerlukan tindakan pada bayi. Golongan darah juga perlu diketahui bila diperlukan transfusi pada ibu. Dilakukan pada trimester pertama kehamilan.

- f. 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.
- g. Tes penunjang hematologi lengkap lainnya adalah ferritin yang dapat menggambarkan cadangan zat besi sebagai salah satu penyebab anemia. Ferritin dilakukan pada trimester pertama.

2. Glukosa

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

- a. Glukosa puasa (glukosa dalam keadaan puasa 10-12 jam).
- b. 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.

3. Virus Hepatitis

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

- a. HBsAg (antigen hepatitis B), untuk mendeteksi adanya virus Hepatitis B.
- b. Anti HBs (antibodi hepatitis B), untuk mendeteksi apakah sudah memiliki antibodi terhadap hepatitis B.
- c. Anti HCV Total (antigen hepatitis C), untuk mendeteksi adanya virus Hepatitis C.

4. Serologi

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

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

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Virus TORCH

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).

2.1.15 Konsep Manajemen SOAP pada Kehamilan

Menurut Mangkuji, dkk (2014) pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu rencana asuhan, metode ini merupakan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi asuhan.

Tanggal : tanggal dilakukannya pengkajian

Jam : jam dilakukannya pengkajian.

Dicantumkan untuk mengetahui kapan mulai dilakukan pengkajian pada klien.

a. Data Subyektif

1) Biodata

a. Nama

Nama ibu dan suami untuk mengenal, memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan. (Matondang, 2009)

b. Umur

Umur ibu ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu termasuk dalam kategori beresiko dalam kehamilan, persalian dan masa nifas. Ibu yg memiliki resiko tinggi adalah ibu yg berumur ≤ 18 tahun disebut primi muda gravid beresiko terjadi abortus, BBLR, serta kesulitan waktu melahirkan seperti CPD. Dan ibu yg berumur ≥ 35 tahun disebut primitua grvida beresiko terjadi hipertensi, per-eklamsia, KPD, persalinanmacet, perdarahan setelah bayi lahir, BBLR (Sulistyawati, 2014).

c. Agama

Ditanyakan sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien saat memberikan asuhan. (Matondang, 2009)

d. Suku

Mengetahui suku ibu bisa memudahkan dalam memberikan komunikasi antara petugas kesehatan dgn ibu dan untuk mengetahui apakah ada kebiasaan adat istiadat yg merugikan kesehatan ibu dan bayi. (Sulistyawati, 2014).

e. Pendidikan

Sebagai dasar petugas kesehatan dalam menentukan metode yg tepat dalam menyampaikan informasi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yg diberikan petugas saat melakukan asuhan.

f. Pekerjaan ibu

Untuk mengetahui bagaimana tarafhidupdan sosial ekonomi klien danapakah pekerjaan ibu atau suami dapatmempengaruhi kesehatan klien atautidak. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak Memberikan gangguan rasa tidak enak.(Hidayat dan Uliyah, 2008).

g. Penghasilan

Status ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologi ibu, status ekonomi yg baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yg baik pula status gizipun akan meningkat karena nutrisi didapat berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologi mengenai biaya bersalin dan pemenuhan kebutuhan bayi.

h. Alamat

Lingkungan tempat tinggal klien perlu diketahui untuk menilai apakah lingkungan cukup aman bagi kesehatannya serta mempermudah untuk melakukan kunjungan ulang.(Hidayat dan Uliyah, 2008).

2) Alasan Datang

Ibu datang kerumah sakit/puskesmas/BPS dirujuk atau datang sendiri dengan alasan-alasan tertentu dan untuk menegakkan diagnosa serta tindakan yang seharusnya dilakukan.

3) Keluhan Utama

Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

4) 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.

5) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut Johnson dan Taylor, (2005). 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.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ditanyakan untuk mengetahui latar belakang penyakit keluarga yang dapat berpengaruh terhadap kehamilan, persalian 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).

7) Riwayat Haid

Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).

- 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)
- 8) Riwayat Perkawinan
- Ditanyakan tentang :Ibu menikah berapa kali, lamanya, umur pertama kali menikah.
- a. Jika ibu pernah menikah lebih dari satu kali ditakutkan ibu mengalami penyakit menular akibat berganti-ganti pasangan.
 - b. Jika lama menikah \geq 5 tahun tetapi belum hamil bisa menyebabkan masalah pada kehamilannya seperti preeklampsia, persalinan tidak lancar.
 - c. Umur pertama kali menikah $<$ 18 tahun dan tidak menunda kehamilannya atau langsung hamil pinggulnya belum cukup pertumbuhannya serta organ reproduksi yang belm matang dapat menyebabkan kehamilan yg beresiko seperti abortus, serta kesulitan waktu melahirkan seperti CPD.
 - d. Jika hamil umur $>$ 35 tahun bahayanya bisa terjadi hipertensi, per-eklamsia, KPD (Ketuban pecah dini), persalinan tidak

lancar/macet, perdarahan setelah bayi lahir, BBLR (Bayi berat lahir rendah).

9) Riwayat kehamilan , persalinan, nifas yang lalu

Untuk mengetahui bagaimana kehamilan, persalinan dan nifas yang terdahulu apakah pernah ada komplikasi/penyulit sehingga dapat memperkirakan adanya kelainan yang dapat mempengaruhi kehamilan, persalinan, nifas selanjutnya.

- 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.

10) Riwayat Kehamilan Sekarang

Untuk mengetahui :

- 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 (Sulistyawati, 2014).

11) Riwayat KB

Untuk mengetahui

- a. Apakah ibu mengikuti KB, dan jenis KB yang digunakan.

- b. Lama pemakaian 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

12) Pola Kebiasaan sehari-hari

- a. Pola nutrisi

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 :

- a) Menu

Di tanyakan berkaitan dengan pola diet seimbang bagi ibu hamil, jika pengaturan menu makan klien kurang seimbang sehingga beberapa komponen gizi kurang terpenuhi.

- b) Frekuensi

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

- c) Jumlah per hari

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

- d) Pantangan

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

- e) 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 istirahat

Menurut Mochtar (2011)Istirahat sangat di perlukan oleh ibu hamil. Oleh karena itu petugas kesehatan perlu menggali pola

istirahat ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Pola istirahat ibu hamil : Istirahat siang normalnya 1-2 jam dan istirahat malam normalnya 6-8 jam.

c. Pola aktifitas

Perlu dikaji karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang sering di lakukan ibu. jika kegiatan ibu terlalu berat di khawatirkan dapat menimbulkan penyulit pada masa kehamilan.

d. Personal hygiene

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

1. Mandi

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

2. Keramas

Minimal seminggu 3 kali.

3. 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.

e. Aktifitas seksual

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)

- f. Riwayat Psikososial dan budaya
 - 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)

a. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik.
Kesadaran	: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. <i>Composmentis</i> adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
Tanda-tanda vital	:
Tekanan darah	: 100/70-130/90 mmHg.
Nadi	: 60 – 100 kali/menit.
Suhu	: 36,5 – 37,2°C.
Pernafasan	: 16 – 24 kali / menit.
BB bulan lalu	: Ditanyakan untuk mengetahui perbedaannya dengan BB sekarang.
BB sekarang	: Selama kehamilan TM II dan III pertumbuhan BB \pm 0,5 kg perminggu. Hingga akhir kehamilan penambahan BB yang normal sekitar 13 – 15 Kg.

- Tinggi Badan : Tinggi badan berkaitan dengan penghitungan indeks masa tubuh.
- Lila : Diukur pada lengan atas pada tangan yg jarang digunakan beraktiftas lila normal $\geq 23,5$ cm, bila kurang merupakan indikasi kuat untuk status gizi ibu yang kurang baik/buruk. Sehingga beresiko untuk melahirkan bayi dengan BBLR. (Sulistyawati, 2014).

2. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Wajah: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone. (Mochtar, 2011)

R/Oedema pada wajah juga dapat digunakan sebagai indicator ibu mengalami peningkatan protein dalam urin, cloasma gravidarum disebabkan karena meningkatnya hormon melanosit.

Mata: Normalnya sklera berwarna putih, conjungtiva merah muda.

R/Sklerla yang pucat serta conjungtiva merah muda kemungkinan dapat diidentifikasi bahwa ibu menderita anemia.

Mulut: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan conjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Conjungtiva 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.

R/ Kebersihan dan kesehatan pada bagian mulut juga dapat digunakan sebagai indikator, kebutuhan vitamin C

yang berfungsi untuk menjaga daya tahan tubuh.

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).

R/Kelejar tyroid dan kelenjar limfe juga berfungsi sebagai ketahanan tubuh ibu hamil, untuk mencegah hipertiroid, agar ibu tidak mengalami lemas, cems, badan hamngat.

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.

R/Payudara yang tegang dan membesar guna menyiapkan produksi ASI untuk menyusui.

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

Genetalia: Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.

R/ Pemeriksaan kebersihan dan penyakit yang terdapat pada genetalia dapat ditentukan untuk mengetahui terjadinya infeksi pada bayi dan penyakit menular seksual yang telah diderita

ibu.

Anus: Normalnya anus tidak tampak hemoroid.

R/Peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut, dan penyebab lain konstipasi atau sembelit.(Mochtar, 2011)

Ekstremitas: Normalnya tampak simetris, pergerakan bebas, tidak oedema, (pergerakan kaku dikhawatirkan ibu tidak bisa persalinan normal, oedema bisa dicurigakan ibu mengalami preeklamsia ringan).(Mochtar, 2011)

R/ Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

b. Palpasi

Dada: Normalnya payudara sudah mengeluarkan colostrum.

Colostrum diproduksi untuk persiapan menyusui bayi yang akan dilahirkan.

Abdomen: Leopold I: Normal ukuran TFU pada kehamilan trimester III yaitu pada usia kehamilan 27-32 minggu TFU 32 cm, pada usia kehamilan 33 minggu-36 minggu TFU 36 cm, pada usia kehamilan 37 minggu-40 minggu TFU 40 cm dan pada bagian fundus teraba bulat, besar tidak melenting (bokong janin). (Mochtar, 2011)

Leopold II: Normalnya letak janin membujur. (Mochtar, 2011)

Leopold III: Normalnya pada bagian bawah perut ibu

teraba keras, melenting, besar (kepala janin). (Mochtar, 2011)

Leopold IV: Normalnya kepala janin sudah turun dan sudah teraba 2/5 atau 3/5 bagian.(Mochtar, 2011)

TBJ: Terdengar bunyi Denyut Jantung Janin dan normal frekuensinya 120-160 kali/menit, serta terdengar jelas.

(TFU – 11) x 155 bila sudah masuk PAP.

R/Pemeriksaan abdomen dapat mengetahui perkembangan janin, serta kesejahteraan janin. Pada usia kehamilan 28 minggu-30 minggu kira-kira 800-1175 gram, pada usia kehamilan 31 minggu samapai 35 minggu kira-kira 1350-2001 gram, pada usia kehamilan 36 minggu-40 minggu kira-kira 2160-3001 gram.

c. Auskultasi

Dada Normalnya tidak terdengar bunyi ronchi dan bunyi wheezing.

Pernafasan ibu sebagai screening, untuk mengetahui penyakit yang diderita oleh ibu misalnya pada ibu yang memiliki penyakit asma, dan tidak boleh melahirkan secara normal karena, radang kronis yang terjadi pada obstruksi reversible dari spasme, edema.

Abdomen: Normalnya terdengar bunyi Denyut Jantung Janin dan normal frekuensinya 120-160 kali/menit, serta terdengar jelas.

Detak Jantung Janin dapat diketahui, guna mengidentifikasi kesejahteraan janin.

d. Perkusi

Ekstrimitas bawah : Respon reflek patella harus ada (++) Jika reflek patella negative kemungkinan ibu mengalami

kekurangan vitamin B1 dan juga menunjukkan ada masalah di saraf tulang belakang pasien atau tulang perifer, reflek patella (+) menunjukkan sistem saraf di daerah ekstermitas bawah itu mengalami hipoaktif, reflek patella (+++/+++) menunjukkan sistem saraf di daerah ekstermitas bawah mengalami hiperaktif, jika ditemukan keadaan seperti itu maka harus segera dikonsulkan kepada dokter.

e. Pemeriksaan penunjang

- Pemeriksaan Hb : Hb trimester III (11gr/14gr/dl), pemeriksaan Hb dilakukan minimal 1 kali pada trimester I dan 1 kali pada trimester III, karena pada trimester I terjadi peningkatan kebutuhan zat besi terutama untuk proses tumbuh kembang janin, sedangkan pada trimester III untuk persiapan proses persalinan.
- Protein urine : 1. Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir : + (protein 0,01-0,05%).
2. Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir : ++ (protein 0,05-0,2%).
3. Kekeruhan jelas dan berkeping-keping : +++ (protein 0,2-0,5%).
4. Sangat keruh, berkeping besar atau bergumpal : ++++ (protein >0,5%).
- Glukosa Urine : 1. Negatif (-) : Tetap biru atau sedikit kehijau-hijauan.
2. Positif (+) : Hijau kekuning-kuningan dan keruh (0,5-1% glukosa).
3. Positif (++) : Kuning keruh (1-1,5% glukosa).
4. Positif (+++) : Jingga atau warna lumpur keruh (2-3,5% glukosa).
5. Positif (++++) : Merah keruh (> dari 3,5%)

glukosa.

b. Assasment

Mengidentifikasi data dasar yang diperoleh melalui data subyektif dan obyektif sehingga diperoleh diagnosa/masalah.

Dx : G... P... Ab... Usia Kehamilan 37-38 minggu Janin T/H/I dengan masalah yang didapatkan dari pemeriksaan subyektif dan obyektif. (Pada langkah ini kita juga harus mengidentifikasi masalah atau dignosa potensial lain berdasarkan keluhan pasien. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisii klien)

Keterangan:

G: Gravida beberapa atau hamil beberapa

P: Para aterm (lahir cukup bulan berapa kali), premature (bayi lahir usia kehamilan 28 -36 minggu), imatur (bayi lahir usia kehamilan kurang dari 28 minggu), hidup (lahir hidup atau anak hidup berapa)

Ab: Abortus (pernah keguguran berapa kali), mola hidatidosa (hamil anggur), kehamilan ektopik terganggu(hamil di luar kandungan)

c. Planning

DX: G... P... Ab... Usia Kehamilan 37-38 minggu Janin T/H/I dengan (masalah yang didapatkan sesuai dengan diagnosa dalam assament/jika ada)

Tujuan: ibu mendapatkan pelayanan kehamilan sesuai dengan kebutuhan dan keluhan ibu hamil

Intervensi: Dalam penatalaksanaan, dilakukan juga tindakan penanganan yang bersifat segera, biasanya hanya dicantumkan pada ibu yang mengalami kegawatdaruratan dalam kehamilannya. Selain itu juga dilakukan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana keefektifan dan keberhasilan dari asuhan yang telah diberikan dengan mengacu pada kriteria hasil.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian

Menurut Manuaba (2010) persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri.

Persalinaan adalah suatu proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin turun kedalam jalan lahir (Saifudin, A, 2009).

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janian, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Bopak, 2006).

Persalinan adalah rangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi cukup bulan yang dimulai dari membuka dan menipisnya serviks melalui jalan lahir maupun jalan lain dan dengan bantuan maupun tenaga ibu sendiri. Sedangkan pengertian section caesaria sendiri adalah sebagai berikut :

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

Jenis-jenis persalinan

Menurut Sulistyawati (2010) jenis-jenis persalinan adalah:

- a) Persalinan spontan: persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir ibu
- b) Persalinan buatan: proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi vacum atau sectio caesaria (SC)
- c) Persalinan anjuran: persalinan yang tidak dimulaidengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan selaput ketuban, pemberian pitocyn dan prostaglandin

2.2.2 Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut :

- a. Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadarprogesteron menurun.

b. Teori penurunan plasenta

Tuanya plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terletak ganglion servikal (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, akan timbul kontaksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat ditimbulkan dengan jalan :

a. Gangguan laminnaria : Beberapa laminaria dimasukkan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.

b. Amniotomi : Pemecahan Ketuban

c. Oksitosin drips : Pemberian oksitosun menurut tetesan infus

d. Misoprostol : Cytotec/gastru

(Widia Shofa Ilmiah, 2015)

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda-tanda permulaan persalinan yaitu:

a. Menurut Mochtar, R (2012) tanda tanda permulaan persalinan yaitu: Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul

b. Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.

c. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d. Perasaan nyeri diperut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "false labor pains".
 - e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, sekresinya bertambah dan kadang bercampur darah (bloody show)
2. Tanda-tanda inpartu
- a. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
 - b. Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karna robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan (Mochtar,R.2012)

2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan, yaitu (Sumarah, 2009):

1. Passage (jalan lahir) terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).
2. Passanger (janin dan plasenta) bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. persalinan.
3. Power (kekuatan) adalah kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.
4. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan seperti posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok.
5. Psikologis dimana tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya.

2.2.6 Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Partus mulai ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu :

- Fase Laten: Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7-8 jam.
- Fase Aktif, berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 subfase, yaitu: 1). Fase akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm. 2). Fase dilatasi maksimal selama 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm. 3). Fase deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm.

b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat dan cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedas karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti buang air besar, dengan anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. His mencedas yang terpinpin akan lahirlah kepala diikuti dengan seluruh badan janin. Kala II pada primi 1 ½ jam dan pada multi ½ sampai 1 jam.

c. Kala III (Pengeluaran Uri)

Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini

menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal di bawah ini:

1. Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah peer atau alpukat dan fundus berada di atas pusat.
2. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.
3. Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersedur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

d. Kala IV (Pengawasan)

Kala pengawasan terjadi selang 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.

Hal-hal yang perlu dipantau pada kala IV persalinan adalah (Depkes, 2008):

1. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat. Jika ada

temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

2. Massase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
3. Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Jika meningkat, dan tata laksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
4. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.
5. Ajarkan pada ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan massase uterus jika uterus menjadi lembek.
6. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan bayi dan bantu ibu mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering , atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberi Air Susu Ibu (ASI) secara on demand.

2.2.7 Faktor resiko persalinan dengan Riwayat sectio caesaria

Riwayat Seksio Sesarea merupakan suatu jaringan parut akibat pembedahan uterus sebelumnya. Berdasarkan studi yang ada bahwa lebih dari 50% ibu dengan kasus jaringan parut akibat riwayat sektio sesarea transversal rendah dapat melahirkan pervaginam. Frekuensi jaringan parut pada saat ini 25 lebih banyak diakhiri dengan seksio sesarea untuk mengurangi kasus ruptur uteri. Jaringan parut dapat menyebabkan uterus lemah yang pada akhirnya dapat menyebabkan ruptur uteri pada saat persalinan (Saifuddin, 2014)

2.2.8 Penatalaksanaan persalinan dengan riwayat sectio caesaria

a. Pengertian seksio caesarea

Seksio sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari lima ratus gram (Angsar,2007).

Seksio sesarea dibagi menjadi:

1. Seksio sesarea elektif. Seksio sesarea telah direncanakan jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin.
2. Seksio sesarea darurat. Seksio sesarea darurat dilakukan ketika proses persalinan telah berlangsung. Hal ini terpaksa dilakukan karena ada masalah pada ibu maupun janin.

Indikasi seksio sesarea terbagi dua, yaitu:

1. Indikasi Medis Indikasi medis seksio sesarea didasarkan pada tiga faktor,yaitu faktor ibu, uteroplasenta, dan faktor janin.
2. Indikasi Nonmedis Menurut Maryunani (2014), indikasi nonmedis seksio sesarea adalah permintaan pasien (walaupun tidak ada masalah atau kesulitan dalam persalinan normal).

2.2.9 Konsep Manajemen SOAP pada Persalinan

a. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

a. Nama.

Nama ibu dan suami untuk mengenal, memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan.

b. Umur.

Umur ibu ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu termasuk dalam kategori beresiko dalam kehamilan, persalian dan masa nifas. Ibu yg memiliki resiko tinggi adalah ibu yg berumur ≤ 18 tahun disebut

primi muda gravid beresiko terjadi abortus, BBLR, serta kesulitan waktu melahirkan seperti CPD. Dan ibu yg berumur ≥ 35 tahun disebut primitua grvida beresiko terjadi hipertensi, per-eklamsia, KPD, persalinan macet, perdarahan setelah bayi lahir, BBLR (Sulistyawati, 2014).

c. Agama

Ditanyakan sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien saat memberikan asuhan.

d. Suku

Mengetahui suku ibu bisa memudahkan dalam memberikan komunikasi antara petugas kesehatan dgn ibu dan untuk mengetahui apakah ada kebiasaan adat istiadat yg merugikan kesehatan ibu dan bayi. (Sulistyawati, 2014).

e. Pendidikan

Sebagai dasar petugas kesehatan dalam menentukan metode yg tepat dalam menyampaikan informasi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yg diberikan petugas saat melakukan asuhan.

f. Pekerjaan ibu

Untuk mengetahui bagaimana tarafhidup dan sosial ekonomi klien dan apakah pekerjaan ibu atau suami dapat mempengaruhi kesehatan klien atau tidak. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak Memberikan gangguan rasa tidak enak.

g. Penghasilan

Status ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologi ibu, status ekonomi yg baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yg baik pula status gizi pun akan meningkat karena nutrisi didapat berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologi mengenai biaya bersalin dan pemenuhan kebutuhan bayi.

h. Alamat

Lingkungan tempat tinggal klien perlu diketahui untuk menilai apakah lingkungan cukup aman bagi kesehatannya serta mempermudah untuk melakukan kunjungan ulang.

2. Alasan datang

Ibu datang kerumah sakit/puskesmas/BPS dirujuk atau datang sendiri dengan alasan-alasan tertentu dan untuk menegakkan diagnosa serta tindakan yang seharusnya dilakukan.

3. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa kencang-kencang diperut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya.

4. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu.

- a) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini.
- b) Komplikasi kelahiran sebelumnya untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran dan postpartum.
- c) Ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul untuk kelahiran saat ini

1. Riwayat kehamilan sekarang

- a) Berapa kali periksa dan dimana, standar untuk pemeriksaan ANC minimal 4 x dan harus di tenaga kesehatan.
- b) Gerakan janin normalnya 10 kali dalam setiap 10 jam.

2. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut:

- 1) Kapan atau jam berapa terakhir kali makan
- 2) Makanan yang dimakan
- 3) Jumlah makanan yang dimakan

4) Seandainya saat ini ingin makan, apa yang diinginkan sebelum masuk pada fase persalinan dimana ia tidak ingin lagi untuk makan

b) Pola minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecendrungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut

- 1) Kapan terakhir kali minum
- 2) Berapa banyak yang diminum
- 3) Apa yang diminum
- 4) Pada pertengahan sampai akhir kala I biasanya pasien akan sangat membutuhkan cairan, bukan makanan. Disamping pasien sudah tidak berselera lagi untuk makan karena rasa sakit akibat his, juga karena pengeluaran keringat yang bertambah sehingga membutuhkan pemasukan cairan lebih banyak.

c) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I. Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama
- 3) Aktivitas sehari- hari

Perlu mengkaji aktivitas sehari- hari pasien karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat dikhawatirkan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin.

d) Personal hygiene

Data ini perlu digali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien

- 1) Kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakayan dalam

b. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Normal (baik)
Kesadaran	: Normal (Composmentis)
Tanda-tanda vital	:
Tekanan darah	: Normal (100/70-130/90 mmHg) tekanan darah pada ibu inpartu kala I akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg diastol rata-rata 5-10 mmHg, nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).
Nadi	: Normal (60 – 100 kali/menit) Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama priode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yg terjadi selama persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).
Suhu	: Normal (36,5 – 37,2°C) Peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5-1°C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).
Pernafasan	: Normal (16–24 kali/menit) sedikit peningkatan frekuensi pernafasan dianggap normal selama persalinan

karena meningkatnya metabolisme, hiperventilasi yang memanjang adalah hal yang abnormal yang dapat menyebabkan alkalosis (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2013).

- BB bulan lalu : Ditanyakan untuk mengetahui apakah ada perbedaannya dengan BB sekarang
- BB sekarang : Selama kehamilan trimester kedua dan ketiga pertumbuhan BB \pm 0,5 kg perminggu. Pertambahan > 0,5 kg perminggu pada trimester kedua harus diwaspadai mengalami preeklamsia. Hingga akhir kehamilan pertambahan BB yang normal sekitar 9 - 13,5 Kg.
- TB : < 145 cm, ibu hamil dengan TB kurang dari 145 cm kemungkinan panggulnya sempit.
- LILA : > 23,5 cm, bila kurang merupakan indikasi kuat untuk status gizi ibu yang kurang baik/buruk. Sehingga 12 beresiko untuk melahirkan BBLR.

2. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

- Wajah : Normalnya pada ibu hamil wajah tidak oedema, tidak pucat, terdapat cloasma gravidarum.
- Mata : Normalnya pada ibu hamil sklera putih, konjungtiva merah muda, karena kalau pucat dicurigakan ibunya anemis.
- Mulut : Normalnya merah muda, lidah tampak bersih, tidak ada caries pada gigi.
- Dada : Normalnya payudara tampak tegang, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu tampak menonjol.
- Abdomen : Normalnya abdomen tampak striae livida, tampak linea nigra, tampak bekas luka operasi tidak (berkaitan dengan persalinan normal).

- Genetalia : Genetalia pada ibu yg inpartu tampak pengeluaran lendir bercampur darah yg disebabkan oleh adanya his persalinan sehingga terjadi penipisan dan pembukaan serviks, pembukaan serviks menyebabkan selaput lendir pd kanalis servikalis terlepas dan perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah kapiler (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013)
- Ekstremitas :
- Atas : Normalnya tampak simetris, pergerakan bebas, tidak oedema, (pergerakan kaku dikwatrikan ibu tidak bisa persalinan normal, oedema bisa dicurigakn ibu mengalami preeklamsia ringan).
- Bawah : Normalnya tampak simetris, pergerakan bebas, tidak oedema, (pergerakan kaku dikwatrikan ibu tidak bisa persalinan normal, oedema bisa dicurigakn ibu mengalami preeklamsia ringan).
- b. Palpasi
- Dada : Normalnya payudara sudah mengeluarkan colostrum.
- Abdomen :
- Leopold I : Normal ukuran TFU pada usia kehamilan 40 minggu 26-28cm dan pada bagian fundus teraba bulat, besar tidak melenting (bokong janin)
- Leopold II : Normalnya letak janin membujur.
- Leopold III : Normalnya pada bagian bawa perut ibu teraba keras, melenting, besar (kepala janin).
- Leopold IV : Normalnya pada kala I persalinan kepala janin sudah turun dan masuk kedalam rongga panggul atau sudah teraba 2/5-3/5 bagian. Bila ternyata kepala memang tidak dapat turun, kemungkinan bagian terbawah janin (kepala) terlalu besar dibandingkan dengan diameter pintu atas panggul sehingga patut dicurigai CPD.

- TBJ : Normalnya pada usia kehamilan 40 minggu kira-kira 3001 gram
- His : Normalnya tidak boleh <20 detik dan >45 detik, lamanya 10 menit frekuensinya 1- 5 kali
- c. Auskultasi
- Dada : Normalnya tidak terdengar bunyi ronchi dan bunyi wheezing
- Abdomen : Normalnya terdengar bunyi Denyut Jantung Janin dan normal frekuensinya 120 – 160 kali/menit, serta terdengar jelas.
- d. Perkusi : Normalnya reflek patella harus ada (+)
- e. Pemeriksaan penunjang
- a) Pemeriksaan laboratorium
- Hb normal untuk ibu hamil 10,5gr/dl-11,5gr/dl, tidak ada albumin dan reduksi urine, HIV/AIDS negatif.
- b) Pemeriksaan dalam (tgl...jam...oleh...)
- Vulva/vagina : Pengeluaran blood slym.
- Pembukaan : Berapa cm dilatasi serviks
Fase Laten 1-4 cm
Fase Aktif 4-6 cm
- Effacement : 25 % - 100 %
- Ketuban : normalnya utuh
- Bagian terendah : Normalnya kepala
- Bagian terdahulu : UUK (ubun-ubun kecil)
- Hodge : I – III
- Moulage : Tulang kepala memberikan petunjuk tulang panggul (0), (1), (2), (3), normalnya tidak ada atau (0).

c. ASSESMENT

Mengidentifikasi data dasar yang diperoleh melalui data subyektif dan obyektif sehingga diperoleh diagnosa / masalah.

Dx : G....P.... Ab....Usia Kehamilan 37-38 Minggu janin... dengan inpartu kala I fase...

d. PLANNING

Tanggal :

Jam :

Penatalaksanaan yang mengacu pada tindakan kebidanan pada persalinan kala I.

2.3 Konsep dasar masa Nifas

2.3.1 Pengertian masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung secara 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati & Wulansari, 2010).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009).

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).

2.3.2 Tahapan masa Nifas

Menurut Ari sulistyawati (2009) , masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu :

a. Puerperium dini

merupakan masa kepulihan yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap bersih dan boleh bekerja selama 40 hari.

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetia yang lamanya 6-8 minggu

c. Remote puerperium

Merupakan masa yan diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan.

2.3.3 Perubahan-perubahan Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis :

1. Tanda vital

Perubahan fisiologis pada tanda-tanda vital adalah:

a. Suhu badan

Suhu rektal pada suhu 24 jam pertama setelah melahirkan 37,5- 38 °C, pada hari kedua atau ketiga dapat terjadi kenaikan suhu, namun tidak lebih dari 24 jam. Pemeriksaan suhu badan post SC dilakukan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit sekali pada jam selanjutnya.

b. Denyut nadi denyut

Nadi berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada masa nifas umumnya nadi lebih labil dibandingkan dengan suhu badan. Frekuensi denyut nadi pada pasien post SC dicatat setiap setengah jam untuk 2 jam pertama, lalu setiap jam untuk 2 jam berikutnya dan kemudian setiap 4 jam (Medforth, 2012). Denyut nadi yang cepat dapat disebabkan oleh infeksi.

c. Tekanan darah

Tekanan darah pada post SC harus diperhatikan, tekanan darah normal antara 110-120 mmHg. Pemeriksaan tekanan darah post SC pada pasien post SC dicatat setiap setengah jam untuk 2 jam pertama, lalu setiap jam untuk 2 jam berikutnya dan kemudian setiap 4 jam (Medforth, 2012).

d. Suhu tubuh

Suhu tubuh normalnya 35,5 C - 37 C pada pasien post SC dicatat setiap setengah jam untuk 2 jam pertama, lalu setiap jam untuk 2 jam berikutnya dan kemudian setiap 4 jam (Medforth, 2012).

e. Respirasi

Pemeriksaan respirasi yang pertama adalah pastikan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi. Respirasi pada wanita post SC, selama tidak memiliki penyakit pernafasan akan kembali normal dengan cepat berkisar 18-20x//menit (Mochtar,2012). Observasi setiap setengah jam pada dua jam pertama. Bila tanda vital stabil observasi dilanjutkan stiap satu jam (Rasjidi, 2009).

2. Alat reproduksi

Perubahan-perubahan fisiologis pada alat-alat reproduksi yaitu:

a. Uterus

Selama 12 jam pertama paska partum, kontraksi uterus kuat dan teratur, ini berlanjut 2 – 3 hari berikutnya, meskipun frekuensinya dan intensitasnya diurangi faktor-faktor yang memperberat nyeri penyerta meliputi multipa, overdistensi uterus (Jotowiyono, 2010).

Pengeluaran lokea antara lain:

1. Lochea rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, vernik caseosa, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lochea sanguelenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lochea serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lochea alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
5. Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
6. Locheostasis : lochea tidak keluar lancar.

3. Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, setelah berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Untuk memulihkan kembali sebaiknya dengan latihan-latihan (mobilisasi) post SC.

b. Perubahan psikologi

Farrer (2001 : 216), mengungkapkan bahwa perubahan perubahan psikologi pada ibu mas nifas :

Perubahan yang mendadak dan dramatis pada status hormonal menyebabkan ibu berada dalam masa nifas menjadi sensitif terhadap faktor- faktor yang dalam keadaan normal mampu diatasinya. Disamping perubahan hormonal, cadangan fisiknya sering sudah terkuras oleh tuntutan kehamilan dan

persalinan. Keadaan kurang tidur, lingkungan yang asing baginya dan oleh kecemasan akan bayi, suami atau anak-anak yang lainnya. Depresi ringan akan menghilang dengan sendirinya dalam waktu yang singkat setelah kondisi ibu membaik.

1) Perubahan emosional ,hormonal, psikologis, sosial dan budaya ibu nifas

a. Setelah persalinan bedah sc, beberapa wanita mungkin akan mengalami perasaan emosi yang campur aduk seperti bingung dan sedih, terutama jika operasi tersebut dilakukan karena keadaan darurat (tidak direncanakan sebelumnya). Menurut penelitian hamper 50% ibu setelah melahirkan (baik melahirkan alami maupun operasi) mengalami depresi setelah melewati persalinan. Penelitian lain mengungkapkan, hamper 80% ibu baru, mengalami perasaan sedih setelah melahirkan misalnya perasaan ibu yang merasa tidak mampu atau khawatir akan bertanggung jawab barunya sebagai ibu, yakni merawat anak. Hal ini semakin menekan apabila lingkungan keluarga kurang memberi perhatian padanya, melainkan, pada si kecil, ibu akan merasa terisih. Keadaan ini yang lebih dikenal baby blues (Kasdu, 2003).

b. Perubahan hormonal

Setelah melahirkan, terjadi berbagai perubahan tubuh dalam proses mengembalikan fungsi organ reproduksi seperti semula karena setelah melahirkan, hormon progesteron dan ekstrogen mengalami proses perubahan kembali ke keadaan sebelum hamil. Berdasarkan penelitian 34% ibu baru, menderita post partum depression pada tahun pertamanya. Sampai saat ini, para dokter menilai post partum depression sebagai akibat dari perubahan hormon secara mendadak setelah melahirkan.

c. Adaptasi psikologi masa nifas

Perubahan psikologis yang berangsur selama seminggu pertama menyebabkan banyak wanita yang emosional dan perasaan labil. Ini terjadi 3-4 hari pertama. Kekuatiran alamiah

dan tacit melahirkan, upaya fisik waktu bersalin merupakan pengalaman puncak yang dialami keluarga, kerabat maupun bidan. Jika masa nifas tidak dijalankan dengan baik maka akan mengarah pada kesulitan emosional atau depresi.

Menurut Reva Rubin ada 3 fase selama periode nifas, yaitu:

1. Periode taking-in
 - a. Periode ini terjadi sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung pehatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan
 - b. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
 - c. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
 - d. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik serta ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental serta apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan bayinya. bidan harus menciptakan perasaan yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat lalua terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan.
2. Periode taking hold
 - a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
 - b) Ibu menjadi perhatian pada ibunya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
 - c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, Mobilisasi serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
 - d) Ibu berusaha keras untuk menguasai asuhan keperawatan bayinya.
 - e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
 - g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitive.
3. Periode leting go
- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah, periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
 - b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung kepadanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
 - c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orangtua pada saat post partum, antara lain:
- 1) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekat karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan mempermudah bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.
 - 2) Hubungan pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan pengalaman pertama untuk melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilan dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

3) Pengaruh budaya

Adanya adat-istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini.

2.3.4 Resiko Masa Nifas dengan Riwayat Sectio Caesarea

a. Efek Pambiusan

Jika pasien mendapatkan bius epidural efek biusnya kecil, sedangkan apabila menggunakan anastesi spinal, tungkai bawah akan terasa kebas atau kebal, tidak dapat di gerakkan selama beberapa jam. Namun, apabila operasi menggunakan anastesi umum, biasanya pasien akan mengantuk, serta nyeri kerongkongan. Selain itu, mungkin akan timbul perasaan tidak nyaman karena nyeri di daerah luka, terutama setelah pengaruh obat biusnya hilang. (Kasdu, 2010 : 171)

b. Bekas luka

Adanya luka insisi dibagian abdomen. (Nolan, 2010:171)

2.3.5 Penatalaksanaan perawatan Post SC

Menurut Manuaba (2012), beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai penatalaksanaan pada ibu post Sectio caesarea antara lain :

1. Pemberian cairan : Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintavena harus cukup banyak dan
2. mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.
3. Diet : Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

4. Mobilisasi : Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.
5. Kateterisasi : Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
6. Pemberian obat-obatan
 - a. Antibiotik
 - b. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan
 - c. Obat-obatan lain
7. Perawatan luka : Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti
Perawatan rutin : Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

2.3.6 Kunjungan Masa 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 petugas harus tinggal dan 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.

2.3.7 Konsep Manajemen SOAP pada Nifas

1) Pengkajian

Tanggal/jam : Dicantumkan untuk mengetahui kapan mulai dilakukan pengkajian pada klien

a. Data subyektif

a. Nama.

Nama ibu dan suami untuk mengenal, memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan.

b. Umur.

Umur ibu ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu termasuk dalam kategori beresiko dalam kehamilan, persalinan dan masa

nifas. Ibu yg memiliki resiko tinggi adalah ibu yg berumur ≤ 18 tahun disebut primi muda gravid beresiko terjadi abortus, BBLR, serta kesulitan waktu melahirkan seperti CPD. Dan ibu yg berumur ≥ 35 tahun disebut primitua grvida beresiko terjadi hipertensi, per-eklamsia, KPD, persalinan macet, perdarahan setelah bayi lahir, BBLR (Sulistyawati, 2014).

c. Agama

Ditanyakan sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien saat memberikan asuhan.

d. Suku

Mengetahui suku ibu bisa memudahkan dalam memberikan komunikasi antara petugas kesehatan dgn ibu dan untuk mengetahui apakah ada kebiasaan adat istiadat yg merugikan kesehatan ibu dan bayi. (Sulistyawati, 2014).

e. Pendidikan

Sebagai dasar petugas kesehatan dalam menentukan metode yg tepat dalam menyampaikan informasi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yg diberikan petugas saat melakukan asuhan.

f. Pekerjaan ibu

Untuk mengetahui bagaimana tarafhidup dan sosial ekonomi klien dan apakah pekerjaan ibu atau suami dapat mempengaruhi kesehatan klien atau tidak. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak.

g. Penghasilan

Status ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologi ibu, status ekonomi yg baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yg baik pula status gizi pun akan meningkat karena nutrisi didapat berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologi mengenai biaya bersalin dan pemenuhan kebutuhan bayi.

h. Alamat

Lingkungan tempat tinggal klien perlu diketahui untuk menilai apakah lingkungan cukup aman bagi kesehatannya serta mempermudah untuk melakukan kunjungan ulang.

2) Keluhan Utama

Pada ibu nifas keluhan normal yang ibu rasakan adalah terasa nyeri pada jalan lahir jika ada jahitan laserasi, pada ibu primigravida kadang belum bisa merawat bayinya sendiri.

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital:

Tekanan darah : 100/70-130/90 mmHg

Nadi : 60 – 100 kali/menit

Suhu : 36,5 – 37,2°C

Pernafasan : 16 – 24 kali / menit

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

Wajah : pada ibu nifas wajah tidak oedema, tidak pucat.

Mata : pada ibu nifas sklera putih, konjungtiva merah muda.

Dada : payudara simetris hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, ASI (+)

Abdomen : abdomen tampak luka bekas operasi section caesarea

Genetalia : genetalia tampak pengeluaran darah, nifas hari 1-3 (lochea rubra) nifas minggu pertama-minggu kedua (lochea sanguilenta), nifas setelah minggu kedua-minggu keempat (lochea serosa), nifas setelah minggu-sampai minggu keenam (lochea alba).

Ekstremitas

Atas : tampak simetris, pergerakan bebas, tidak oedema.

Bawah : tampak simetris, pergerakan bebas, tidak oedema.

b) Palpasi

Dada : payudara mengeluarkan ASI yang lancar

Abdomen: tidak teraba nyeri tekan, nifas hari pertama-hari ketiga TFU 2 jari di bawah pusat, nifas hari ketujuh TFU pertengahan antar pusat dan sympisis, 2 minggu TFU tidak teraba, 6 minggu TFU normal seperti sebelum hamil dan Kandung kemih : teraba kosong, Diastasi Recti Abdominalis teraba atau tidak.

Genetalia: adakah luka bekas robekan perineum

c) Auskultasi

Dada : tidak terdengar bunyi ronchi atau wheezing

d) Perkusi : reflek patella ada (+/+)

Ekstremitas : periksa tanda homan pada ibu yaitu dengan cara meletakkan satu tangan pada lutut ibu, dan lakukan tekanan ringan untuk menjaga tungkai tetap lurus, jika terasa nyeri berarti tanda homan positif.

c. Assesment

Mengidentifikasi data dasar yang diperoleh melalui data subyektif dan obyektif sehingga diperoleh diagnosa / masalah.

Dx : P... Ab... nifas hari ke dengan Post Partum Normal

d. Planning

Penatalaksanaan yang mengacu pada intervensi

2.4 Konsep dasar Bayi baru lahir

2.4.1 Pengertian Bayi lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan. (Rukiyah,2013).

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).

2.4.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

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.

2.4.7 Adaptasi Lingkungan Bayi baru lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar 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 ada 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 20C 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. Sirkulasi yang baik pada bayi jadi dua perubahan besar yang membuat sirkulasi yang baik pada bayi 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 tekanan dalam 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.

1. Penilaian

Nilai kondisi bayi :

- a. Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan bebas/lemas?
- c. 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
2. Pencegahan infeksi
 3. 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:

 - a. Keringkan bayi secara seksama
 - b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering, dan hangat
 - c. Tutup bagian kepala bayi
 - d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
 - e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - f. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.
 4. Perawatan tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.
 5. 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.
 6. Pencegahan infeksi pada mata

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

 - a. Memberikan obat tetes mata/salep

Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu tetrasiklin 1%
 - b. Pemberian imunisasi awal
 7. 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 dipaha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

2.4.4 Asuhan 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.

- b. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau ruangan khusus.

- c. Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami.

- d. 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.

2.4.5 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 milletus, 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.

2.4.6 Bounding Attachment

Bounding aattachment adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi. Hal ini merupakan proses dimana hasil dari interaksi terus-menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan.

Caranya untuk melakukan bounding adalah inisiasi dini, pemberian ASI Eksklusif, Rawat gabung, Kontak mata, Suara, Aroma, Entrainment. Bioritme (Rukiyah, 2012).

2.4.7 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, normlanya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleks 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. Refleks 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. Refleksi ekstrusi

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

i. Refleksi 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).

2.4.8 Resiko BBL pada riwayat section caesaria

1) Resiko bagi ibu melahirkan

Berikut ini adalah beberapa resiko operasi caesar bagi ibu melahirkan :

- a) **Terkena infeksi** : ibu yang melahirkan dengan operasi caesar memiliki resiko tinggi infeksi selaput rahim (endometritis)
- b) **Pendarahan** : walaupun tidak terlalu beresiko mengalami pendarahan hebat, resiko operasi caesar juga bisa menyebabkan pendarahan hebat pasca melahirkan pada kasus tertentu.
- c) **Iritasi kemih** : pemasangan kateter pada saluran kemih bisa mengakibatkan saluran kemih teriritasi
- d) **Reaksi anestesi** : tidak semua ibu memberikan reaksi yang positif terhadap obat bius yang diberikan. Ada pula yang memberikan reaksi negatif terhadap obat bius
- e) **Penggumpalan darah** : darah yang ada di dalam pembuluh bisa saja menggumpal pasca c-section
- f) **Cedera operasi** : operasi caesar terkadang menyebabkan cedera pada kandung kemih atau usus. Akan tetapi, ini jarang terjadi.

g) **Resiko komplikasi** : ibu yang menjalani operasi caesar memiliki kemungkinan untuk mengalami berbagai komplikasi untuk kehamilan selanjutnya.

2) Resiko bagi Bayi

Operasi caesar tidak hanya beresiko untuk ibu melahirkan melainkan juga bagi janin yang ada di dalam kandungan.

Berikut ini adalah beberapa resiko operasi caesar bagi bayi :

1. **Masalah pernapasan** : bayi yang dilahirkan dengan operasi caesar bisa memiliki pernapasan yang tidak normal dihari-hari pertama kelahiran
2. **Cedera operasi** : walaupun jarang terjadi , operasi caesar memiliki risiko cedera goresan pada kulit bayi
3. **Infeksi** : resiko operasi caesar bagi bayi juga bisa mengakibatkan infeksi yang biasanya terjadi di saluran pencernaan dan pernapasan.
4. **Berat badan lahir rendah**
Ibu yang hamil lagi setelah operasi caesar dengan jeda waktu yang sangat pendek, beresiko melahirkan bayi bisa dengan berat badan rendah, misalnya dibawah 2,5 kg

2.4.9 Penanganan Bayi Baru Lahir dengan Riwayat Section Caesaria

Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2013) Meliputi :

- 1) Mencegah kehilangan panas
- 2) Pemberian ASI Eksklusif
- 3) Pemberian imunisasi hepatitis B (HB 0) memberikan vit K

2.4.10 Konsep Manajemen SOAP pada Kehamilan

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. **Data Subyektif**

- 1) Identitas Bayi
 - a) Nama : Untuk mengenal bayi.

- b) Jenis Kelamin : Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.
 - c) Anak ke : Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.
- 2) Identitas Orangtua
- a) Nama : Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur : usia orang tua mempengaruhi kemampuan dalam merawat bayinya.
 - c) Suku/Bangsa : Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama : Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
 - e) Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
 - f) Pekerjaan : Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.
 - g) Alamat : Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi.
- 3) Data Kesehatan
- a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera.
 - b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

b. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan Umum: Baik
 - b. Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).
 - c. Antropometri : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).
 - d. Apgar Score: Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Johnson dan Taylor, 2005).
2. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a. Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau sianosis dengan atau tanpa tanda-tanda distress pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tandatanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

- b. Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Johnson dan Taylor, 2005).
- c. Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).
- d. Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor, 2005).
- e. Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f. Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).

- g. Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
- h. Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i. Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).
- j. Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).
- k. Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus

dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

- l. Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).
- m. Genetalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).
- n. Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).
- o. Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005).

3. Pemeriksaan Refleks

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, normlanya bayi akan menggenggam

dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleks 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. Refleks 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. Refleks ekstrusi

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

i. Refleks 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. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010)

3. Perencanaan Menurut Bobak, dkk. (2005), penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.
4. Pelaksanaan Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0 (Bobak, dkk., 2005).
5. Evaluasi Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi.
 - a. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif
 - b. Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.
 - c. Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
 - d. Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
 - e. Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0.
6. Dokumentasi Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.
 - a. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
 - b. O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
 - c. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

- d. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera. Tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015)

2.5.2 Tujuan Progam KB

- a. Tujuan Umum: membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- b. Tujuan lain: meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Ari Sulistiawati, 2011).

2.5.3 Sasaran Progam KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksanaan dan

pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. (Endang Purwoastuti, 2015)

2.5.4 Ruang Lingkup Progam 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.

d. Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut.

e. Keluarga berencana

f. Kesehatan reproduksi remaja

g. Kesehatan dan pemberdayaan keluarga

h. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas

i. Keserasian kebijakan pendudukan.

2.5.5 Pemilihan KB pada Post Sectio Caesaria

Pada pasien dengan post sectio caesarea di anjurkan untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang yang bertujuan untuk mengatur jarak kehamilan yang selanjutnya. Menurut BKKBN (2012), jenis kontrasepsi berdasarkan lama efektivitasnya dibagi menjadi dua, yaitu metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan non metode kontrasepsi jangka panjang (Non MKJP). Kebijakan program KB oleh pemerintah saat ini mengarah pada penggunaan kontrasepsi MKJP yaitu Intra Uterine Device (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implant, dan Metode Operasi Wanita (MOW) dengan sasaran target sebesar 66% dari seluruh total penggunaan kontrasepsi. Berdasarkan pertimbangan alasan pemerintah lebih menganjurkan penggunaan MKJP ialah karena lebih efisien dibandingkan dengan Non MKJP. Selain itu lebih efektif karena tingkat efek samping, komplikasi, serta tingkat kegagalan yang relatif rendah (BKKBN, 2016).

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) adalah cara kontrasepsi yang dalam penggunaannya memiliki tingkat efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya yang tinggi dan angka kegagalan yang rendah dan pemakaian dari alat kontrasepsi tidak berkesinambungan atau sering (Kemenkes RI, 2015).

2.5.6 Macam-macam Kontrasepsi

a. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana ini terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi sederhana dengan alat.

Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain : Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir

Servik (MOB) Metode Suhu Basal Badan dan Simptomermal yaitu perpaduan antar suhu basal dan lendir serviks.

Sedangkan metode kontrasepsi dengan alat yaitu kondom, Diafragma, Cup Serviks dan Spermisida.

- b. Metode Kontrasepsi Hormonal
Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terhadap pada pil dan suntik/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implan.
- c. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :
AKDR yang mengandung hormon (sintetik progesteron) dan AKDR yang tidak mengandung hormon.
- d. Metode Kontrasepsi Mantap
Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan Tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/ tuba falopi sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan Vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak diejakulasikan.
- e. Metode Kontrasepsi Darurat
Metode kontrasepsi yang dipakai dalam kondisi darurat ada dua macam yaitu pil dan AKDR. (Purwoastuti, 2015)

2.5.7 Konsep Manajemen SOAP pada Keluarga Berencana

I. Pengkajian

a. Data Subyektif

1. Biodata

a. Nama.

Nama ibu dan suami untuk mengenal, memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan.

b. Umur.

Umur ibu ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu termasuk dalam kategori beresiko dalam kehamilan, persalian

dan masa nifas. Ibu yg memiliki resiko tinggi adalah ibu yg berumur ≤ 18 tahun disebut primi muda gravid beresiko terjadi abortus, BBLR, serta kesulitan waktu melahirkan seperti CPD. Dan ibu yg berumur ≥ 35 tahun disebut primitua grvida beresiko terjadi hipertensi, per-eklamsia, KPD, persalinanmacet, perdarahan setelah bayi lahir, BBLR (Sulistyawati, 2014).

c. Agama

Ditanyakan sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien saat memberikan asuhan.

d. Suku

Mengetahui suku ibu bisa memudahkan dalam memberikan komunikasi antara petugas kesehatan dgn ibu dan untuk mengetahui apakah ada kebiasaan adat istiadat yg merugikan kesehatan ibu dan bayi. (Sulistyawati, 2014).

e. Pendidikan

Sebagai dasar petugas kesehatan dalam menentukan metode yg tepat dalam menyampaikan informasi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yg diberikan petugas saat melakukan asuhan.

f. Pekerjaan ibu

Untuk mengetahui bagaimana tarafhidupdan sosial ekonomi klien danapakah pekerjaan ibu atau suami dapatmempengaruhi kesehatan klien atautidak. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak Memberikan gangguan rasa tidak enak.

g. Penghasilan

Status ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologi ibu, status ekonomi yg baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yg baik pula status gizipun akan meningkat karena nutrisi didapat berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara

psikologi mengenai biaya bersalin dan pemenuhan kebutuhan bayi.

h. Alamat

Lingkungan tempat tinggal klien perlu diketahui untuk menilai apakah lingkungan cukup aman bagi kesehatannya serta mempermudah untuk melakukan kunjungan ulang.

2. Keluhan Utama

Untuk mengetahui apa saja yang dirasakan klien pada saat kita mengkaji seperti perdarahan, menstruasi yang tidak teratur ataupun tidak ada keluhan apapun.

3. Riwayat Haid

Untuk mengetahui usia berapa ibu pertama kali haid dan keluhan yang dirasakan, seperti banyaknya darah haid yang keluar, flour albus, keluhan seperti haid yang terus menerus, sehingga diketahui keadaan alat reproduksi ibu normal atau tidak.

4. Riwayat KB

Untuk mengetahui KB yang pernah digunakan ibu dan lama pemakaian serta keluhan yang dirasakan selama pemakaian KB.

5. Data Psikososial

Untuk mengetahui keadaan psikologis dan apakah keluarga setuju dengan metode kontrasepsi yang digunakan ibu.

6. Data Spiritual

Untuk mengetahui kebiasaan ibu dalam beribadah dan untuk mempermudah petugas dalam melakukan pendekatan.

II. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda – tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70-130/90mmHg

Suhu : 36,5-37,5°C

Nadi : 60-80 x/mnt

RR : 16-24 x/mnt

2. Pemeriksaan fisik

Wajah : normalnya tidak pucat R/ Apabila ibu pucat maka akan dimungkinkan ibu mengalami anemia

Mata : Normalnya pandangan sklera tidak berwarna kuning

R/ Apabila sklera ibu berwarna kuning dicurigai ibu mengalami penyakit hepar dan merupakan salah satu kontraindikasi pemasangan kontrasepsi.

Leher : Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun pembesaran kelenjar limfe

R/ Kelenjar tyroid dan kelenjar limfe juga berfungsi sebagai ketahanan tubuh ibu hamil, untuk mencegah hipertyroid agar ibu tidak mengalami lemas, cemas, badan hangat.

Payudara : Normalnya simetris dan tidak terdapat massa maupun nyeri tekan R/ payudara yang tidak simetris dimungkinkan ibu memiliki tumor.

Abdomen : Normalnya tidak terdapat jaringan parut

R/ Nyeri tekan pada rahim dimungkinkan ibu mengalami infeksi maupun peradangan

Genetalia Luar : Labia Mayora dan minora normalnya mengeluarkan cairan bening. R/ Keputihan juga sebagai indikator bahwa pada daerah portio maupun uterus mengalami lesi, serta infeksi dan itu merupakan kontraindikasi pemasangan AKDR. Kelenjar skene normalnya tidak ada pembengkakan R/ Kelenjar skene berfungsi sebagai pelindung daripada organ lainnya yang berada dalam endometrium.

3. Pemeriksaan Inspekulo

Serviks : Normalnya terdapat cairan normal, tidak terdapat pengeluaran darah, tidak terdapat lesi R/ Darah yang keluar dari vagina dimungkinkan terdapat luka yang dapat menyebabkan infeksi apabila ibu tidak dapat menanganinya lebih lanjut.

Dinding Vagina : Normalnya tidak mengeluarkan cairan maupun darah, tidak terdapat luka R/ Darah yang keluar dari vagina dimungkinkan terdapat luka yang dapat menyebabkan infeksi apabila ibu tidak dapat menanganinya lebih lanjut.

4. Pemeriksaan Bimanual: Normalnya serviks berbentuk antefleksi maupun retrofleksi, tidak terdapat nyeri tekan, pergerakan bebas. R/ Nyeri tekan dapat dimungkinkan bahwa ibu sedang mengalami peradangan yang berlanjut dapat menyebabkan infeksi. Uterus berukuran normal. R/ Ukuran uterus juga menentukan sebagai indikasi pada pemasangan kontrasepsi ini.

5. Pemeriksaan Rektovaginal: Normalnya besar uterus mudah sekali untuk ditemukan. R/ Besar uterus dapat digunakan untuk mengukur panjang uterus, dan dapat ditemukannya dinding endometrium. Normalnya tidak terdapat tumor pada kavum douglas. R/ Tumor pada kavum douglasi dapat disebabkan karena suatu penyakit karsinoma dan dapat terjadi pengendapan darah serta mudah sekali menyebabkan infeksi.

III. Analisa

Mengidentifikasi data dasar yang diperoleh melalui data subyektif dan obyektif sehingga diperoleh kesimpulan atau diagnosa sehingga diperoleh kesimpulan atau diagnosa.

DX : Ny..Usia...tahun P...Ab...dengan Calon Akseptor.

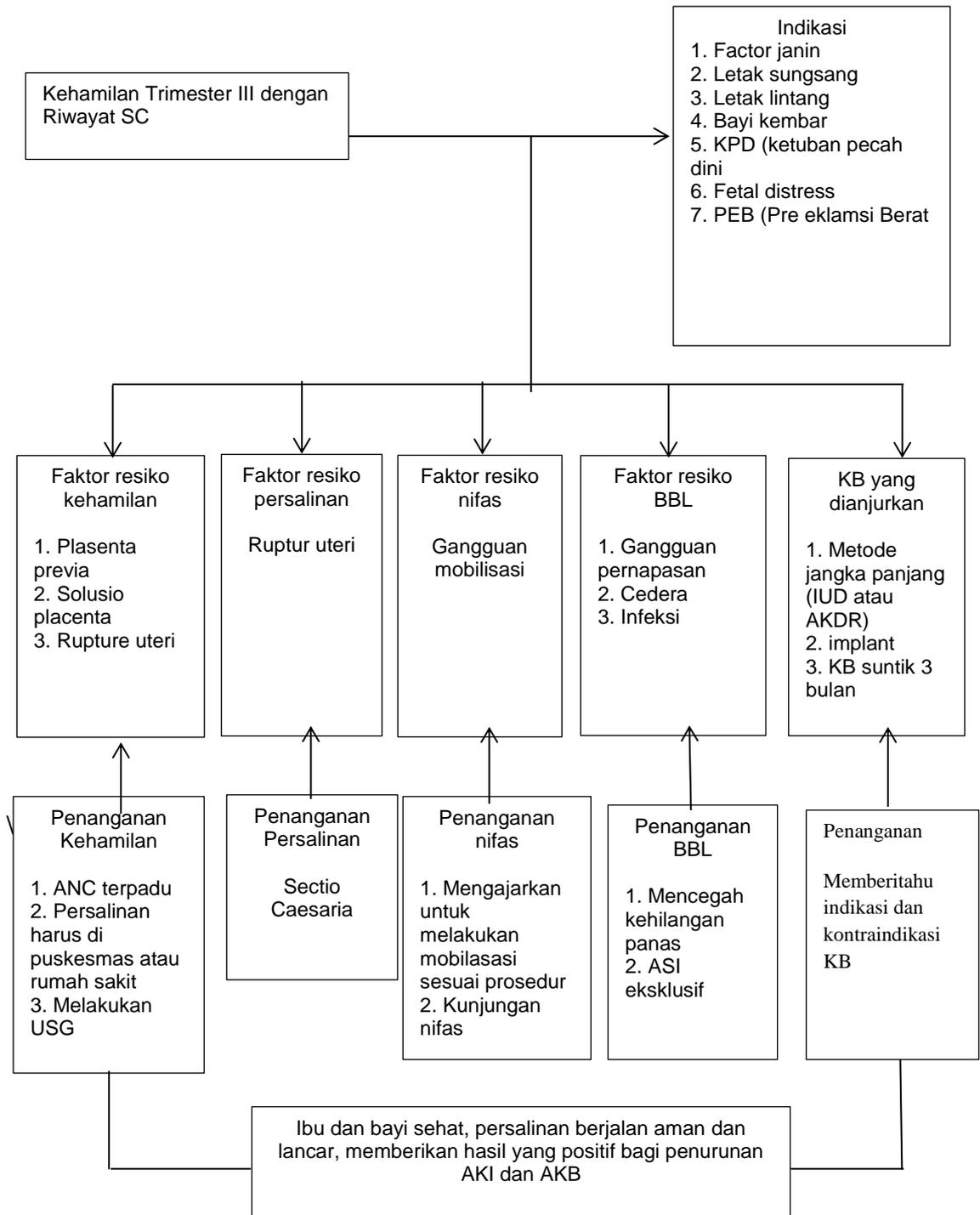
IV. Penatalaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh yang dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan sebagian dilakukan oleh bidan, pasien dan anggota

keluarga yang lain. Jika bidan melakukannya sendiri, ia tetapi memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan. Pada situasi dimana ia harus berkolaborasi dengan dokter, misalkan karena pasien mengalami komplikasi, bidan masih tetap bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkir waktu

2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah bagian dari penelitian, tempat bagi peneliti memberikan penjelasan tentang hal-hal yang berhubungan dengan variabel pokok, sub variabel atau pokok masalah yang ada dalam penelitiannya. (Sarwono, 2012)



Gambar 2.2 Kerangka Teori