

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kehamilan

2.1.1. Kehamilan Dengan Riwayat Perdarahan

Riwayat persalinan dengan perdarahan postpartum sebelumnya memberikan trauma buruk pada organ reproduksi seorang perempuan. (Rifdiani, 2017). Kehamilan dengan riwayat perdarahan postpartum yang lalu merupakan resiko pada kehamilan saat ini dengan didukung oleh beberapa faktor.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014).

2.1.2 Faktor Predisposisi

Menurut Taufan (2012) faktor resiko yang mempengaruhi perdarahan postpartum yaitu :

a. Anemia.

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

b. Solutio plasenta

Kondisi kehamilan dengan solutio plasenta menyebabkan perdarahan postpartum berkaitan dengan gangguan pembekuan darah.

c. Persalinan traumatis

Persalinan dengan episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena robekan jalan lahir

d. Uterus yang terlalu teregang (Gemeli, makrosomia, hidramnion)

Peregangan uterus yang berlebihan akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir sehingga menyebabkan perdarahan.

e. Partus lama

Persalinan lama dapat menyebabkan kelelahan uterus dimana tonus otot Rahim pada saat setelah plasenta lahir uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga menyebabkan perdarahan (Ummah dkk, 2018)

f. Partus presipitatus

Partus yang terlalu cepat dapat menyebabkan uterus tidak segera berkontraksi setelah plasenta lahir, dan dapat menyebabkan robekan jalan lahir sehingga menyebabkan perdarahan

g. Paritas

Semakin sering ibu melahirkan maka kerja uterus menjadi tidak efisien dalam semua kala persalinan sehingga akan timbul kegagalan kompresi pada tempat implantasi plasenta akibatnya terjadi perdarahan postpartum (Cunningham, 2012)

h. Jarak persalinan

Rahim yang belum pulih akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri. Akibatnya pada ibu dapat meningkatkan resiko anemia akut. (Aeni, 2013)

i. Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifuddin, 2014).

j. Plasenta previa

Segmen bawah Rahim merupakan otot polos sehingga sulit berkontraksi untuk menutup perdarahan tempat implantasi plasenta.

k. Persalinan dengan pacuan

Stimulasi oksitosin drip dengan tujuan induksi oksitosin drip menyebabkan terjadinya stimulasi berlebihan kepada uterus sehingga menyebabkan tetania uteri dan menyebabkan terjadinya hipotonia setelah persalinan (Hidayah, 2013)

l. Riwayat perdarahan pasca persalinan.

Riwayat perdarahan postpartum dapat meningkatkan resiko perdarahan postpartum selanjutnya dengan melihat penyebab perdarahan postpartum yang lalu. Riwayat persalinan dengan perdarahan postpartum sebelumnya memberikan trauma buruk pada organ reproduksi seorang perempuan. Oleh karena itu kewaspadaan harus dilakukan jika setelah terdapat riwayat persalinan buruk pada masa sebelumnya.

2.1.3 Jenis Perdarahan

Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer/dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut.

- a. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
- b. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba, 2014).

2.1.4 Tanda Bahaya Trimester III

Menurut asrinah (2010), beberapa tanda bahaya dalam kehamilan trimester III yang harus diwaspadai diantaranya :

a. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut Ibu merasakan pandangan menjadi kabur. Sakit

kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

b. Penglihatan kabur

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

c. Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

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

d. Keluar cairan pada pervaginam

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

e. Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasa gerakan bayinya saat memasuki bulan ke-5 atau ke-6, jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak sedikitnya 3 kali dalam 1 jam jika Ibu berbaring atau beristirahat, dan apabila Ibu makan dan minum dengan baik.

f. Nyeri perut yang hebat

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

2.1.5 Penyulit Kehamilan Trimester III

Menurut Ika (2010), penyulit pada trimester III yaitu :

a. Persalinan prematuris

Persalinan prematuris (prematuur) adalah persalinan yang terjadi di antara umur kehamilan 29-36 minggu. Hal-hal yang menyebabkan persalinan prematuris adalah sebagai berikut :

1. Hamil ganda.
2. Kehamilan di sertai komplikasi (pre-eklamsia dan eklamsia).

3. Kehamilan dengan komplikasi penyakit ibu, seperti hipertensi, ginjal, jantung.
- b. Kehamilan ganda (kembar).
- c. Kehamilan dengan perdarahan
Pendarahan yang dapat membahayakan dan berhubungan dengan trimester III adalah Pendarahan karena plasenta previa dan solusio plasenta.
- d. Kehamilan dengan ketuban pecah dini
Pecahnya selaput janin memberikan peluang dan membuka terjadinya infeksi langsung pada janin.
- e. Kehamilan dengan kematian janin dalam rahim.
- f. Kehamilan lewat waktu persalinan (serotinus).
- g. Kehamilan dengan preeklamsia dan eklamsia.
- h. Kehamilan dengan grande multipara.

2.1.6 Penatalaksanaan Ibu Hamil Riwayat Perdarahan Postpartum

Penanganan pasien dengan Perdarahan Postpartum memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani (Edhi, 2013).

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

- a. ANC Terpadu

ANC (Antenatal Care) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan

1. Tujuan ANC

Menurut Vivian (2010) tujuan asuhan kehamilan yaitu :

a) Tujuan umum

Menurunkan atau mencegah kesakitan, serta kematian maternal dan perinatal.

b) Tujuan khususnya adalah sebagai berikut :

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, serta logis untuk menghadapi kelahiran dan kemungkinan adanya komplikasi.

2. Manfaat ANC (Antenatal Care)

- a) Ibu dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan
- b) Bayi dilahirkan sehat, baik fisik maupun mental
- c) Ibu sanggup merawat dan memberikan Air Susu Ibu (ASI) kepada bayinya
- d) Suami istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana setelah kelahiran bayinya

(Vivian, 2010)

3. Frekuensi kunjungan ANC (Antenatal Care)

Pelayanan *Antenatal Care (ANC)* adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh dokter atau bidan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik pada ibu hamil, segera ke dokter atau bidan jika terlambat datang bulan. Periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan (buku KIA 2016):

- a) Kunjungan ibu hamil k1

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

b) Kunjungan ulang

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

c) K4

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai standar yang ditetapkan dengan syarat :

- 1) Satu kali dalam trimester pertama (sebelum 14 minggu).
- 2) Satu kali dalam trimester kedua (antara minggu 14-28).
- 3) Dua kali dalam trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan setelah minggu ke 36).

Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan-keluhan tertentu Menurut (Manuaba, 2010) jadwal antenatal Care adalah sebagai berikut :

1) Trimester I dan II

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

2) Trimester III

- a) Setiap dua minggu sekali, sampai ada tanda kelahiran.
- b) Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan.
- c) Diet 4 sehat 5 sempurna.
- d) Pemeriksaan USG.
- e) Imunisasi tetanus II.

- f) Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga.
- g) Rencana pengobatan.
- h) Nasehat tentang tanda-tanda inpartu, kemana harus datang untuk melahirkan.

4. Standart pelayanan antenatal: (Kemenkes, 2015)

- a) Timbang berat badan
- b) Ukur tekanan darah
- c) Nilai status gizi (LILA)
- d) Ukur tinggi fundus uteri
- e) Tentukan posisi janin dan DJJ
- f) Skrining status imunisasi
- g) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- h) Pemeriksaan Laboratorium (HB, HIV, BTA, darah malaria, gula darah, protein urin, golongan darah)
Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28-30 minggu atau lebih untuk mengetahui tanda anemia.
- i) Tata Laksana/ penanganan Khusus
Deteksi letak plasenta dengan Ultrasonografi
- j) Temu wicara
Konseling mengenai gizi yang diperlukan, persiapan cadangan darah, Bimbingan psikologis mengenai trauma perdarahan postpartum yang lain.

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

- 1) Menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis ibu hamil.
- 2) Memeriksa urine untuk tes protein dan glukosa urine atas indikasi. Bila ada kelainan, ibu di rujuk.
- 3) Mengukur berat badan dan lingkar lengan atas. Jika beratnya tidak bertambah atau jika LILAnya kurang menunjukkan kurang gizi. Beri penyuluhan tentang gizi.
- 4) Mengukur tekanan darah dengan posisi ibu hamil duduk atau berbaring dengan bantal. Letakkan tensimeter yang sejajar dengan jantungnya. Jika tekanan darah diatas 140/90 mmHg, atau peningkatan diastole 10 mmHg/ lebih sebelum kehamilan 16 minggu atau paling sedikit pada

pengukuran dua kali berturut-turut dengan selisih waktu 1 jam berarti ada selisih yang nyata dan ibu perlu dirujuk.

- 5) Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28-30 minggu atau lebih untuk mengetahui tanda anemia.
- 6) Berikan tablet besi minimal 90 tablet selama hamil dan diminum sehari sekali dengan air putih.
- 7) Menanyakan adanya tanda gejala PMS.
- 8) Lakukan pemeriksaan fisik lengkap, termasuk payudara untuk persiapan menyusui.
- 9) Ukur TFU dalam sentimeter. TFU sesudah 24 minggu sama dengan umur kehamilan dalam cm.
- 10) Mendengarkan denyut jantung dan tanyakan pergerakan janin.
- 11) Dengarkan keluhan dan bicarakan rencana persalinan.

b. Pemeriksaan Lab pada Ibu Hamil

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

Pemeriksaan laboratorium selama kehamilan dan manfaatnya

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

c. Menentukan Usia Kehamilan

1. Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan tuanya usia kehamilan antara lain:
 - a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu
 - b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali "feeling life" (quickenning).
 - c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Speigelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya

usia kehamilan dalam bulan.

Kemudian menurut Manuaba (2010:128), menjelaskan juga untuk menetapkan usia kehamilan yaitu :

- 1) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 2) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke 36.
- 3) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin berkurangnya atau sedikit air ketuban.

Kemudian Manuaba (2010:120) menambahkan cara menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III

Tabel 2.1 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU pada Pemeriksaan Palpasi Leopold I

TFU	Usia Kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah Px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber : (Manuaba, 2010).

2. Pemeriksaan Leopold

a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting dan tidak bulat. Variasi Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I: Periksa menghadap

muka ibu dan berada disisi kanan ibu, menentukan tinggi fundus, meraba bagian janin yang terletak difundus dengan kedua telapak tangan dan apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/ bulat, besar, keras (kepala)/teraba tahanan memanjang (punggung)/ teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada kehamilan aterm dengan presentasi kepala, pada pemeriksaan leopold I akan teraba bulat, besar, lunak (bokong) (Marmi, 2011).

b) Leopold II

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Dalam Leopold II terdapat variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold II: Pemeriksa menghadap muka ibu dan berada disisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak disebelah kanan maupun kiri uterus dengan menggunakan kedua telapak tangan. Apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/ bulat, besar, keras (kepala)/teraba tahanan memanjang (punggung) /teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada pemeriksaan leopold 2 akan teraba tahanan memanjang (punggung) di satu sisi dan teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas) disisi lain (Marmi, 2011).

c) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010).

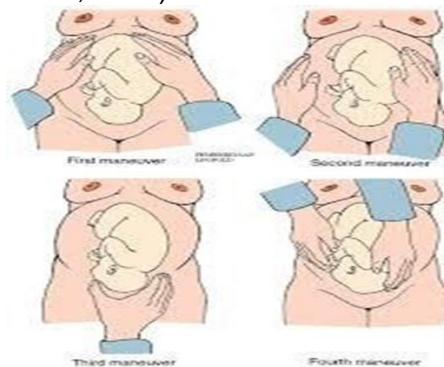
Langkah-langkah pemeriksaan leopold III: Pemeriksaan menghadap muka ibu dan berada di sisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak diatas simfisis pubis sementara tangan yang lain menahan fundus untuk fiksasi. Apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/bulat, besar, keras (kepala)/teraba tahanan memanjang (punggung)/teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada kehamilan aterm dengan presentasi kepala, pada pemeriksaan leopold 3 akan teraba bulat, besar, keras (kepala) (Marmi, 2011).

d) Leopold IV

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk (pintu atas panggul) PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksanya konvergen (Manuaba, 2010).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV : Pemeriksaan menghadap kaki ibu dan menentukan apakah bagian terbawah janin menggunakan jari-jari tangan yang dirapatkan. apabila presentasinya:

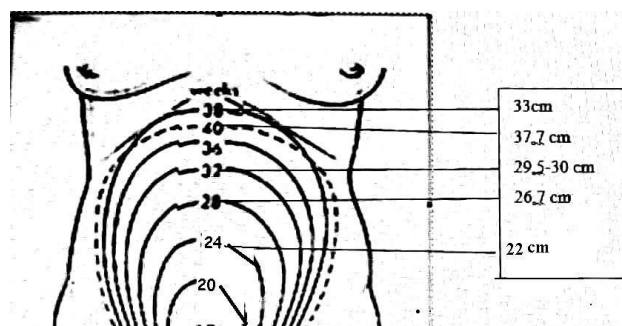
- 1) Konvergen : bagian terbawah janin belum masuk ke PAP.
- 2) Sejajar : bagian terbawah janin sebagian telah masuk ke PAP.
- 3) Divergen : bagian terbawah janin telah masuk ke PAP (Marmi, 2011).



Gambar 2.1 Pemeriksaan Leopold Sumber : Manuaba, 2010

3. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc.Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan metlin (pita pengukur), dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010).



Gambar 2.2 Pertumbuhan janin dengan mengukur menggunakanmetlin

Tabel 2.2 TFU pada Kehamilan TM III menurut Mc. Donald

28 Minggu	25 cm
32 Minggu	27 cm
36 Minggu	30 cm
40 Minggu	33 cm

Sumber : Ika Pantikawati dan Saryono, 2010

4. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin diartikan penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012) berdasarkan rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155 = berat badan (g). bila kepala belum masuk pintu atas panggul maka n=12, dan bila kepala sudah masuk pintu atas panggul maka n=11.

Sedangkan Tafsiran Berat Janin menurut Manuaba (2010) sesuai usia kehamilan trimester III dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 2.3 Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba (2010)

d.Pemeriksaan penunjang pada ibu hamil

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

1. Hemoglobin lengkap

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

- a) Hemoglobin (Hb) bertujuan untuk mendeteksi anemia-Hb kurang dari 1g/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 normal leukosit juga lebih dari 15.0000/ul.
- d) Retikulosit dapat memberi informasi lebih dini sebagai prediksi anemia dan respon 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 dan 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 atau gula dalam darah:

- a) Glukosa puasa (glukosa dalam keadaan puasa 10-12 jam).
- b) Tes toleransi glukosa oral (glukosa 2 jam setelah minum, glukosa 72 gram).HbA1c (Glycosylated hemoglobin) untuk mengetahui kadar glukosa darah rata rata selama 3 bulan terakhir.

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

3. Virus hepatitis

Virus hepatitis sangat potensial untuk ditularkan kepada janin didalam 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 mendeterksi adanya virus hepatitis C.

4. 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 di terapi dengan anti virus dan persalinannya di lakukan secara bedah sesar untuk menecgah bayi tertular virus HIV. Tes HBsAg, Anti HCV, TORCH, VDRL, TPHA, anti HIV di lakukan pada trimester pertama kehamilan.

5. Urine (Urinalisa)

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

6. Hormon kehamilan

Tes ini di lakukan pada trimester pertama yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium:

- a) Homon HCG darah, yaitu hormon kehamilan dalam darah untuk mendeteksi kehamilan di trimester awal yang meragukan karena belum yampak pada USG.
- b) Hormon progresteron:hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah hormon ini cukup kadarnya atau perlu suplemen progresteron dari luar.
- c) Hormon estradiol:hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah kadarnya normal atau tidak

7. Virus TORCH

Pemeriksaan laboratorium yang penting selama kehamilan lain nya yaitu pemeriksaan TORCH. TORCH adalah penyakit penyakit yang dapat menyebabkan kelainan bawaan/cacat pada janin bila ibu hamil megidap penyakit tersebut. Pemeriksaan TORCH terdiri dari toksoplasma,rubella,CMV,dan herpes. Infesi TORCH dapat terdeteksi dari adanya anti body yang muncul sebagai reaksi terhadap infeksi.

Idealnya tes di lakukan pada trimester pertama begitu positif hamil. Tujuan nya untuk mengenali status kesehatan ibu hamil dan infeksi yang ada dapat segera mendapatkan terapi. Pada awal trimester ketiga sebaiknya beberapa pemeriksaan di cek ulang eperti hematologi, tes glukosa darah, dan urinalisa. Hal ini tidak 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 di temukan adanya kelainan seperti pembawa thalassemia, maka harus di lakukan pemeriksaan apakah suami juga pembawa thalassemia sehingga beresiko janin penderita thalassemia, jika terdapat anemia saat persalinan juga dapat di antisipasi dengan menyediakan darah untuk tranfusi. (Permenkes, 2014)

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
6	LILA	✓			Rutin
7	TFU		✓	✓	Rutin
8	Presentasi Janin		✓	✓	Rutin
9	DJJ		✓	✓	Rutin
10	Pemeriksaan Hb	✓		✓	Rutin
11	Golongan darah	✓			Rutin
12	Protein urin	*	*	*	Atas indikasi
13	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
14	Darah Malaria	*	*	*	Atas indikasi
15	BTA	*	*	*	Atas indikasi
16	Darah Sifilis	*	*	*	Atas indikasi
17	Serologi HIV	*	*	*	Atas indikasi
18	USG	*	*	*	Atas indikasi

Gambar 2.2 ANC Terpadu Sumber : Manuaba, 2010

2.1.7 Score Puji Rochjati

Untuk melakukan screening atau deteksi dini ibu beresiko tinggi dapat digunakan Score Puji Rochjati. Dimana dengan Score Puji Rochjati 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.

(lembaran Score Puji Rochjati terlampir)

2.1.8 Resiko Kehamilan Dengan Riwayat Perdarahan Postpartum

a. Anemia

1. Pengertian

Anemia adalah konsentrasi hemoglobin yang kurang dari 12 g/dL pada wanita tak hamil dan kurang dari 10 g/dL selama kehamilan atau masa nifas (Cunningham, 2012).

2. Derajat anemia ibu hamil menurut Manuaba (2010) :

- a) Anemia ringan 9-10 gr%
- b) Anemia sedang 7-8 gr%
- c) Anemia berat < 7 gr%

3. Efek anemia pada kehamilan

- a) Keguguran
- b) Partus prematurus
- c) Inersia uteri dan partus lama ibu. Berpengaruh terhadap kejadian retensio plasenta
- d) Atonia uteri dan menyebabkan perdarahan
- e) Syok

(Pranoto, 2013)

4. Penatalaksanaan

Menurut Robson (2011) dan Cunningham (2013) penatalaksanaan anemia pada kehamilan, persalinan atau nifas diantaranya:

- a) Pada pemeriksaan ANC bidan mengkaji penyebab anemia dari riwayat diet untuk mengetahui adakah kemungkinan pica, kebiasaan mengidam berlebihan dan mengonsumsi makanan-makanan tertentu dan riwayat medis yang adekuat dan uji yang tepat
- b) Memberikan sulfat ferosa 200 mg 2-3 kali sehari. Sulfat ferosa diberikan 1 tablet pada hari pertama kemudian dievaluasi apakah ada keluhan (misalnya mual, muntah, feses berwarna hitam), apabila tidak ada keluhan maka pemberian sulfat ferosa dapat dilanjutkan hingga anemia terkoreksi.

- c) Apabila pemberian zat besi peroral tidak berhasil (misalnya pasien tidak kooperatif) maka bisa diberikan dosis parenteral (per IM atau per IV) dihitung sesuai berat badan dan defisit zat besi

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

2.1.9 Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

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

Subjektif (S)

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

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

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

1) Identitas klien meliputi:

a. Nama :

Untuk mengenal ibu dan suami.

b. Umur :

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini

dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifuddin, 2014).

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 ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya

e. Pendidikan :

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

f. Pekerjaan :

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

g. Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat perkawinan

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

4) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji seperti menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), volume (berapa banyak

ganti pembalut dalam sehari), dan keluhan (misalnya dismenorhoe/ nyeri saat haid).

5) Riwayat Perdarahan

Riwayat perdarahan dikaji untuk mencegah agar tidak terjadi perdarahan postpartum pada kehamilan sebelumnya.

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

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

7) Riwayat kehamilan sekarang

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

8) Riwayat sehari-hari

1. Pola makan dan minum

Minuman air putih 8 gelas/hari. Frekuensi, jenis dan keluhan dalam pola makan dan minum juga perlu dikaji.

2. Pola eliminasi

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

3. Pola aktivitas

Ibu hamil trimester III boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat, istirahat yang cukup dan makan

yang teratur agar tidak menimbulkan kelelahan yang akan berdampak pada kehamilan.

4. Pola tidur dan istirahat

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

5. Pola seksualitas

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

9) Personal hygiene

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

10) Obat-obatan yang dikonsumsi

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

11) Riwayat psikososial spiritual

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

Objektif (O)

Data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assessmen Data objektif yaitu t. Data objektif pasien ibu hamil yaitu: keadaan umum ibu, kesadaran ibu, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik pada ibu, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan laboratorium.

1. Data Objektif

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

a. Pemeriksaan umum

1) Pemeriksaan umum : Baik

a) Keadaan Umum: Baik

b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan

c) Keadaan *Emosional*: Stabil.

d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).

e) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013).

f) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).

g) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C. Sedangkan pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

a. Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat

Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah.

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

Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

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

- c. Denyut jantung janin (DJJ) biasanya dengan kuadran bawah bagian punggung, 3 jari dibawah pusat ibu. Denyut jantung janin yang normal 130-160 kali/menit.
- d. Taksiran berat badan janin (TBJ) untuk menentukan berat badan janin saat usia kehamilan trimester III. Dengan rumus *Johnson-Taussac*: (TFU menurut Mc. Donald-n) $\times 155 = \dots$ gram (Sari, dkk, 2015).
n = 13 jika kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP)
n = 12 jika kepala berada di atas PAP
n = 11 jika kepala sudah masuk PAP
- e. Pemeriksaan panggul, ukuran panggul luar meliputi:
Distansia spinarum: jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm). Distansia cristarum: jarak antara crista iliaka kiri dan kanan (26-29 cm). Conjugata eksterna: jarak antara tepi atas *simpisis pubis* dan ujung *prosessus spina*. Lingkar panggul luar: jarak antara tepi atas simpisis pubis, spinarum, cristarum dan lumbanlima (80-90 cm).
- f. Hemoglobin (HB)

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

Hb 11 gr% : tidak anemia

Hb 9-10 gr% : anemia ringan

Hb 7-8 gr% : anemia sedang

Hb \leq 7 gr% : anemia berat

g. Pemeriksaan urine

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

Negatif : Urine jernih

Positif 1 (+) : Ada kekeruhan

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

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

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

h. Pemeriksaan USG

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

Assesment (A)

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

Hasil analisa untuk menetapkan diagnosa kebidanan seperti :

1. G (gravida) merupakan menentukan kehamilan keberapa
2. P (partus) merupakan jumlah anak baik aterm, preterm, imtur, dan hidup

3. A (abortus) merupakan riwayat keguguran
4. Usia kehamilan
5. Anak hidup/meninggal
6. Anak tunggal/kembar
7. Letak anak apakah bujur/lintang, habitus fleski/defleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala.
8. Anak intrauterine/ekstrauterine
9. Keadaan umum ibu dan janin serta masalah keluhan utama

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

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

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

Kebutuhan ibu hamil trimester III antara lain (Walyani 2015).

- a. Oksigen

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

b. Nutrisi

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

c. Kalori

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

d. Protein (Hutahaean, 2013)

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

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

e. Lemak

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

f. Kalsium (Kusmiyati, 2013)

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

g. Zat besi

Pemberian suplemen tablet tambah darah secara rutin adalah untuk membangun cadangan zat besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama hamil. Dasar pemberiannya adalah perubahan volume darah atau *hydraemia* (peningkatan sel darah merah 20-30% sedangkan peningkatan plasma darah 50%). Kebutuhan zat besi pada ibu hamil meningkat hingga 200-300%. Sekitar 1040 mg ditimbun selama hamil, sebanyak 300 mg ditransfer ke janin, 200 mg hilang saat melahirkan, 50-75 mg untuk pembentukan plasenta dan 450 mg untuk pembentukan sel darah merah. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8-10 mg zat besi. Perhitungan makan 3 kali dengan 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20-25 mg zat besi per hari. Selama hamil ibu akan menghasilkan zat besi sebanyak 100 mg sehingga kebutuhan zat besi masih kekurangan untuk wanita hamil. Zat besi tidak akan terpenuhi kebutuhannya hanya dari diet saja, karena itu pemberian suplemen sangat diperlukan dan dilakukan selama trimester II dan III dan dianjurkan untuk mengonsumsi 30-60 mg tiap hari selama 90 hari dengan dosis yang dianjurkan 1x1 tablet per hari. Tetapi apabila terjadi anemia berat dosis bisa dinaikkan menjadi 2x1 tablet per hari. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tanin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi. (Hariyani, 2012)

h. Vitamin A

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

i. Vitamin B12

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

j. Vitamin D

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

k. Asam Folat

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

i. *Personal Hygiene* (Walyani, 2015)

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

Pakaian yang baik bagi wanita hamil adalah longgar, nyaman, dan mudah dikenakan. Gunakan bra dengan ukuran sesuai payudara dan mampu menyangga seluruh payudara, untuk kasus kehamilan menggantung, perlu disangga dengan stagen atau kain bebat dibawah perut, tidak memakai sepatu tumit tinggi. Sepatu berhak rendah baik untuk punggung dan postur tubuh juga dapat mengurangi tekanan kaki.

j. Mobilitas dan Body Kekanik

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

k. Eliminasi

Ibu hamil sering buang air kecil terutama trimester I dan III kehamilan. Sementara frekuensi buang air menurun akibat adanya konstipasi. Kebutuhan ibu hamil akan rasa nyaman terhadap masalah eliminasi juga perlu perhatian. Ibu hami akan sering ke kamar mandi terutama saat malam sehingga mengganggu tidur, sebaiknya kurangi cairan sebelum tidur. Gunakan pembalut untuk mencegah pakaian dalam yang basah dan lembab sehingga

memudahkan masuk kuman, dan setiap habis buang air besar dan buang air kecil cebok dengan baik. (Kusmiyati, 2013)

l. Seksualitas

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat aborus berulang, abortus imminens, ketuban pecah dan serviks telah membuka (Kusmiyati, 2013).

m. Senam Hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal, serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelaianan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan yaitu penyakit jantung, ginjal dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia) (Kusmiyati, 2013).

n. Kunjungan Ulang

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

Planning (P)

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

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

1. Memberikan informasi terhadap perubahan fisiologis yang biasa terjadi pada kehamilan trimester III untuk memberikan pemahaman kepada klien dan menurunkan kecemasan serta membantu penyesuaian aktivitas perawatan diri.

Masalah yang mungkin muncul pada kehamilan trimester III seperti nyeri punggung, varises pada kaki, susah tidur, sering buang air kecil (BAK), hemoroid, konstipasi, obstipasi, kram pada kaki, dan lain sebagainya.

2. Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) seperti
 - a. Nutrisi ibu hamil
 - b. Hygiene selama kehamilan trimester III
 - c. Hubungan seksual
 - d. Aktivitas dan istirahat
 - e. Perawatan payudara dan persiapan laktasi
 - f. Tanda-tanda persalinan
 - g. Persiapan yang diperlukan untuk persalinan
3. Menganjurkan ibu untuk segera mencari pertolongan dan segera datang ke tenaga kesehatan apabila mengalami tanda-tanda bahaya seperti berikut :
 - a. Perdarahan pervaginam
 - b. Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak menghilang
 - c. Pandangan kabur
 - d. Nyeri abdomen
 - e. Bengkak pada wajah dan tangan serta kaki
 - f. Gerakan bayi berkurang atau sama sekali tidak bergerak.
4. Memberikan suplemen penambah darah atau tablet FE 2x1 tablet per hari untuk meningkatkan persediaan zat besi selama kehamilan dan diminum dengan air putih bukan dengan teh atau sirup.
5. Memberikan imunisasi TT 0,5 cc apabila ibu belum mendapatkan. Pada ibu hamil imunisasi TT diberikan 2 kali dengan selang waktu 4 minggu.
6. Menjadwalkan kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 2 minggu dan jika setelah 36 minggu kunjungan ulang setiap minggu sebelum persalinan.
7. Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonic juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus menerus dan sumber perdarahan diketahui embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut,

meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

2.2 Konsep Dasar Grandemultigravida

2.2.1 Definisi Kehamilan Grandemultigravida

Kehamilan grandemultigravida adalah kondisi dimana seorang ibu telah melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih hidup atau mati. Grandemulti juga merupakan kehamilan resiko tinggi yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Berdasarkan hasil penelitian bahwa perempuan yang melahirkan lebih dari 4 kali mempunyai resiko tinggi kematian pada ibu dan bayi. (Umi sukowati, 2010).

Pengertian terlalu banyak anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan ditemui kesehatan yang terganggu (Rochjati, 2011).

2.2.2 Faktor Faktor Yang Bisa Mempengaruhi Grandemultigravida

a. Anggapan banyak anak banyak rezeki

Selama ini dalam masyarakat terpatri kepercayaan, banyak anak banyak rezeki tetapi tergantung kepercayaan masing masing individu. Anak sendiri merupakan sebuah bentuk rezeki. Alasan inilah yang di pakai sebagian orang, dengan memiliki banyak anak, berharap peluang anak yang sholeh-sholehah semakin banyak.

Di sisi lain, bahwa yang dimaksud banyak anak banyak rezeki tidak hanya berupa finansial di atas kebutuhan, namun kesehatan, kesempatan dan kebahagiaan memiliki keturunan, ada penerus dan pewaris, dengan hubungan yang saling menyayangi adalah juga bagian dari rezeki

b. Tidak di izinkan suami untuk menggunakan alat kontrasepsi

Suami tidak mengizinkan istri untuk menggunakan alat kontrasepsi karena prinsip keluarga yang menginginkan keturunan yang banyak. biasanya juga faktor agama yang di anut suami yang tidak memperbolehkan menggunakan alat kontrasepsi. Adat istiadat yang berlaku di daerah tempat tinggal yang tidak di izinkan untuk ber KB. Tidak ada dukungan keluarga untuk ber KB

c. Belum mendapatkan anak sesuai harapan seperti anak laki-laki atau perempuan

Perempuan tidak berdaya untuk menyatakan bahwa ia tidak berkeinginan untuk mempunyai anak lagi. Jika hal itu sudah di inginkan dan sudah menjadi keputusan suaminya. Bahkan jika keluarganya tersebut belum mempunyai anak laki-laki, yang ada hanya anak perempuan walaupun anak tersebut sudah berjumlah 3 atau 4 mereka belum rasa pas atau puas.

d. Kegagalan menggunakan alat kontrasepsi

Ada beberapa penyebab kegagalan alat kontrasepsi, yaitu :

1. Kerana sekali waktu lupa minum pil kb.
2. Melakukan hubungan seksual tanpa adanya alat kontrasepsi cadangan.
3. Kondom yang di gunakan sudah kadaluarsa atau rusak.
4. Menyimpan alat kontrasepsi pada tempat yang tidak seharusnya.
5. Sedang minum obat yang menyebabkan alat kerja kontrasepsi tidak efektif.
6. Melakukan hubungan seksual dengan ejakulasi di luar vagina.

e. Daerah tempat tinggal dan budaya ibu

Daerah tempat tinggal dan budaya ibu. Dalam analisis ini, daerah tempat tinggal dibagi menjadi dua yaitu perkotaan dan pedesaan. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ibu yang tinggal di pedesaan lebih besar risiko untuk mengalami kehamilan grandemultigravida ini. Asumsi yang dapat ditegakkan dari hasil ini adalah karena di pedesaan jumlah, jenis dan pelayanan di fasilitas kesehatan masih terbatas. Minimnya tenaga kesehatan di pedesaan bisa juga menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan kurangnya tenaga penyuluh atau tenaga yang memberikan informasi penting terkait dengan risiko kehamilan dan persalinan kepada masyarakat. Oleh sebab itu masyarakat khususnya ibu menjadi tidak paham akan bahaya yang mengancam keselamatan jiwanya jika mereka hamil atau melahirkan terlalu banyak anak yang telah ibu lahirkan. Atau budaya ibu yang menganggap banyak anak banyak rejeki.

f. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ibu memiliki pengaruh terhadap risiko kehamilan grandemulti. Hal ini dapat diasumsikan karena ibu yang berpendidikan rendah (setingkat Sekolah Dasar atau bahkan tidak sekolah) memiliki tingkat pengetahuan dan pengertian yang rendah pula terhadap bahaya dan risiko kehamilan. Mereka dianggap kurang sering terpapar dengan informasi terkait kesehatan reproduksi yang mana menjadi makin diperparah dengan kurang aktifnya tenaga kesehatan atau pun kader dalam menyampaikan informasi kesehatan reproduksi (risiko kehamilan dan persalinan). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Restuastuti dan Ernalia (2012) bahwa makin tinggi tingkat pendidikan maka makin tinggi tingkat pengetahuannya tentang risiko kehamilan. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan daya cerna seseorang terhadap informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula informasi yang dapat diserap dan mempengaruhi tingkat pengetahuannya.

2.2.3 Komplikasi Kehamilan Dari Grandemultigravida

a. Hipertensi kronik

Hipertensi kronik yaitu hipertensi tanpa proteinurina yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan. Terjadinya hipertensi pada ibu hamil dengan grandemultigravida disebabkan terlalu seringnya perubahan fisiologis pada system kardiovaskuler, dimana pada wanita hamil mengalami perubahan tekanan pada jantung yang menyebabkan lebih banyak nya volume darah yang di pompa oleh jantung.

b. Plasenta previa

Terjadinya plasenta previa pada ibu hamil dengan grandemultigravida karena dinding rahim tempat perlekatan plasenta yang normal (di daerah fundus dan corpus rahim) sudah pernah dilekati plasenta pada kehamilan sebelumnya sehingga pada kehamilan lebih dari tiga plasenta melekat di bagian bawah rahim.

c. Kelainan letak janin

Kelainan letak janin, disebabkan oleh karena dinding rahim dan atau dinding perut yang telah longgar akibat dari persalinan yang terdahulu.

d. Solutio plasenta

Terjadinya solution plasenta pada persalinan ibu hamil grandemultigravida yang disebabkan karena kontraksi uterus yang sudah tidak baik karena terlalu sering melahirkan.

2.3 KONSEP PERSALINAN

2.3.1 Persalinan Dengan Riwayat Perdarahan

Menurut Rohani dkk (2013) persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir, riwayat persalinan sebelumnya dapat menyebabkan penyulit pada persalinan berikutnya. Salah satunya ibu yang pernah mengalami perdarahan postpartum meningkatkan resiko terjadinya perdarahan postpartum pada persalinan berikutnya. Apalagi perdarahan postpartum sebelumnya disebabkan oleh gangguan pembekuan darah. Ibu yang memiliki riwayat perdarahan post partum akan meningkatkan resiko lebih besar terjadinya perdarahan postpartum pada persalinan berikutnya dibanding ibu yang tidak memiliki riwayat perdarahan postpartum sebelumnya.

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

Seorang bidan harus bekerja sesuai dengan standar yang telah ditentukan dan untuk pertolongan persalinan ditetapkan standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 60 langkah dengan tetap memperhatikan 5 aspek benang merah asuhan persalinan normal yakni, membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan atau rekamedik asuhan persalinan dan rujukan (Liliyana, 2011).

2.3.2 Tahapan persalinan (kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

a. Kala I (pembukaan)

Merupakan waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis serviks karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu :

1. Fase laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7-8 jam.

2. Fase aktif

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

a) Periode dilatasi maksimal (*steady*)

Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

b) Periode deselerasi

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

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Menurut Prawirohardjo (2012), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II yaitu

1. Ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya,
3. Perineum terlihat menonjol.
4. Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
5. Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Merupakan kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir.

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam. (Mochtar, 2012). Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan misalnya pada perineum dan tekanan pada otot skelet perineum. Nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur somatik superfisial dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf pudendus (Mander, 2012).

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

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

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

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

d. Kala IV

Kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan postpartum (Rohani dkk, 2011,dalam wahyuni,2014). Observasi yang harus dilakukan pada kala IV :

1. Tingkat kesadaran
2. Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital : tekanan darah, nadi, pernafasan.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Ujiningtiyas S.H, 2009).

2.3.3 Pertolongan Persalinan

Tatalaksana pada kala II, III, IV tergabung dalam 60 langkah APN (Terlampir)

2.3.4 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang saling menghargai budaya,kepercayaan dari keinginan sang ibu pada asuhan yang aman selama proses persalinan serta melibatkan ibu dan keluarga sebagai pembuat keputusan, tidak emosional dan sifatnya mendukung. Asuhan sayang ibu mengacu dalam kompetensi bidan di Indonesia, terutama standar kompetensi k-4 yaitu asuhan selama persalinan dan kelahiran, bidan harus mampu memberikan asuhan selama persalinan (Kemenkes, 2017).

Sayang Ibu mengalami partus tidak normal.Pelaksanaan asuhan sayang ibu yang mendasar atau menjadi prinsip dalam pemberian asuhan sayang ibu dalam proses persalinan meliputi pemberian dukungan emosional, pemberian cairan dan nutrisi, keeluasaan untuk miksi dan defekasi, serta pencegahan infeksi. Semua hal tersebut digunakan sebagaiantisipasi untuk menghindari terjadinya partus lama, partus tidak maju dan partus yang dirujuk. Asuhan sayang ibu adalah program yang direncanakan pemerintah untuk mengurangi tingginya angka kematian dan kesakitan para ibu yang diakibatkan oleh komplikasi kehamilan dan kelahiran (Lailiyana, 2012).

Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah, maka intervensi dan pengobatan yang tidak perlu untuk proses alamiah ini harus dihindari. Asuhan sayang ibu berpusat pada pasien dan bukan pada petugas kesehatan. Melaksanakan asuhan sayang ibu sangat bermanfaat bagi ibu untuk menghindari terjadinya partus lama, partus tidak maju dan partus macet. Jika dalam proses persalinan bidan tidak memperhatikan hal itu maka akan mempengaruhi kenyamanan ibu dalam menghadapi persalinan hal ini menyebabkan ibu kurang nyaman dan merasa gelisah sehingga berpengaruh terhadap proses persalinan (Risvianti, 2014).

2.3.5 Resiko Persalinan Dengan Riwayat Perdarahan Postpartum

Mekanisme persalinan tidak semuanya berjalan normal. Beberapa komplikasi dapat terjadi baik sebelum, saat, maupun sesudah ibu bersalin. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi selama proses persalinan antara lain: Kala I lama, ketuban pecah dini, prolaps tali pusat, disfungsi uterus (Hipotonik dan Hipertonik), kelelahan ibu, kala II lama, distosia bahu, ruptur uterus, retensio plasenta, inversi uterus, atonia uteri dan syok. Beberapa komplikasi terutama yang terjadi pada kala III persalinan dapat beresiko menyebabkan perdarahan post partum.

a. Retensio Plasenta

1. Pengertian

- a) Retensio plasenta adalah keadaan di mana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya plasenta tidak lahir spontan dan tidak yakin apakah plasenta lengkap (Walyani, 2015).
- b) Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Pranoto, 2014).
- c) Retensio plasenta didefinisikan sebagai keadaan dimana belum lahirnya plasenta pada waktu 30 menit sampai 60 menit setelah bayi lahir serta merup akan penyebab yang sering dari perdarahan postpartum (Dorr, 2015).

2. Etiologi

a) Plasenta belum lepas dari dinding uterus dapat disebabkan oleh:

1) Sebab fungsional: Sebab terpentingnya adalah his yang kurang kuat. Sebab lain diantaranya:

- a. Tempatnya: insersi plasenta di sudut tuba.
- b. Bentuknya: seperti plasenta anularis (plasenta berbentuk seperti cincin) dan plasenta membranacea (plasenta berbentuk lebar dan tipis hampir memenuhi seluruh korion).
- c. Ukurannya: plasenta yang sangat kecil.

2) Sebab patologi-anatomis: perlekatan plasenta pada dinding rahim yang terlalu kuat seperti plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta.

b) Plasenta sudah lepas tetapi belum dapat dilahirkan, disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak adekuat (atonia uteri), atau karena kesalahan penatalaksanaan kala III yang menimbulkan lingkaran konstriksi pada bagian bawah rahim yang menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).

Tertahannya sebagian atau seluruh plasenta dalam uterus membuat pembuluh darah terbuka dan menyebabkan perdarahan post partum. Saat sebagian plasenta telah terlepas dari dinding uterus akan menyebabkan darah keluar dari bagian tersebut (Oxorn, 2013). Jika perdarahan terjadi terus menerus karena plasenta belum juga dapat terlepas maka komplikasi seperti syok hingga kematian dapat terjadi. Oleh karena itu tindakan antisipasi harus segera dilakukan.

3. Patofisiologi

Plasenta yang normal berbentuk bulat, datar, memiliki diameter sekitar 20 cm, ketebalan 2,5 cm di bagian pusat, beratnya sekitar seperenam berat bayi cukup bulan. Terdapat tiga lapisan uterus yaitu Endometrium, Miometrium, dan Parametrium. Implantasi normal plasenta yaitu pada dinding endometrium (lapisan otot terdalam uterus) atau biasa disebut desidua. Pada

masa kehamilan beberapa faktor menyebabkan plasenta melekat terlalu kuat atau terlalu dalam pada dinding rahim yang menyebabkan pada kala III persalinan plasenta ini sulit terlepas dari dinding uterus. Abnormalitas implantasi plasenta ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu, plasenta akreta (plasenta melekat hingga memasuki sebagian lapisan miometrium), plasenta inkreta (perlekatan plasenta hingga memasuki miometrium), dan plasenta perkreta (perlekatan plasenta hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus). Ketiga jenis abnormalitas implantasi ini menyebabkan plasenta tidak dapat lahir seluruhnya dan membutuhkan penanganan lebih khusus yaitu histerektomi.

Fase awal kala III persalinan dimulai dengan retraksi seratserat otot uterus oblik yang memberikan tekanan pada pembuluh darah uterus dan menjadikannya tegang sehingga darah tidak mengalir kembali ke sistem pembuluh darah ibu. Pada kontraksi berikutnya, vena yang terdistensi akan pecah dan darah akan merembes di antara sekat tipis lapisan berspons pada permukaan plasenta dan membuatnya terlepas dari tempat perlekatannya. Kesalahan dari mekanisme ini yang disebabkan oleh kontraksi otot miometrium yang kurang adekuat (hipotonik) atau tidak ada sama sekali (atonia uteri) menyebabkan plasenta tidak dapat terlepas sebagian atau seluruhnya dari tempat implantasinya sehingga terjadilah retensio plasenta yang selanjutnya dapat menyebabkan perdarahan post partum.

4. Jenis Retensio Plasenta

Menurut Pranoto (2014), menyatakan bahwa jenis-jenis retensio plasenta adalah:

- a) Plasenta adhesiva, adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- b) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta sehingga memasuki atau mencapai miometrium.

- d) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e) Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontraksi ostium uteri.

5. Faktor Resiko Retensio Plasenta

Menurut Prawirohardjo (2010) dan Dorr (2015), faktor yang menyebabkan terjadinya retensio plasenta antara lain:

a) Multiparitas

Terjadinya penurunan sel-sel desidua pada kehamilan berulang dapat memperbesar akibat terjadinya perdarahan post partum karena retensio plasenta.

b) Kehamilan Ganda

Suplay nutrisi untuk bayi dalam kandungan meningkat dua kali lipat sehingga memerlukan implantasi plasenta yang lebih luas.

c) Induksi dalam persalinan

d) Kuret berulang

e) Riwayat retensio plasenta

f) Usia ibu yang terlalu tua

g) Plasenta previa

Terjadi karena dibagian isthmus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu lebih masuk kedalam perlekatannya.

h) Bekas sectio caesaria

i) Usia Kehamilan

Usia kehamilan mempengaruhi lamanya persalinan kala III. Usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu beresiko terjadi kala III memanjang yang dapat mengarah ke retensio plasenta tiga kali lebih besar dari kelahiran cukup bulan. Demikian pula dengan kehamilan lebih dari 40 minggu.

6. Tanda Klinis Retensio Plasenta

- a) Plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir
- b) Konsistensi uterus kenyal/lembek
- c) Kontraksi uterus kurang baik
- d) Tali pusat terjulur sebagian, kemudian masuk lagi ke dalam
- e) Terdapat perdarahan sedang-banyak (Saifuddin, 2010).

7. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Apabila plasenta belum dapat lahir 30 menit atau lebih, maka penatalaksanaan awal pada ibu. Menurut Edozien (2013), Nugroho (2010) penatalaksanaan kasus retensio plasenta berupa:

- a) Pasang infus uterotonika dalam 500 ml NS/RL dengan 40 tetes per menit.
- b) Bila perlu kombinasikan dengan misoprostol 400 mg per rektal.
- c) Pantau frekuensi nadi, tekanan darah, dan jumlah kehilangan darah.
- d) Lakukan manual plasenta secara hati-hati.
- e) Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemi.
- f) Lakukan transfusi darah apabila diperlukan.
- g) Beri antibiotika profilaksis (ampisilin 2 g per IV/Oral)
- h) Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, atau syok.

Manual plasenta adalah pemisahan plasenta dari dinding uterus dengan menggunakan jari. Jika terjadi perdarahan yang banyak maka plasenta harus dikeluarkan sesegera mungkin (Oxorn, 2013). Menurut Dorr (2015) dan Kemenkes (2015) prosedur pelaksanaan manual plasenta yaitu:

- a) Mencuci tangan dan memakai sarung tangan panjang steril
- b) Menegangkan tali pusat sejajar lantai
- c) Memasukkan tangan dalam posisi obstetri dengan menelusuri tali pusat
- d) Tangan sebelah dalam (kanan) masuk sampai kavum uteri, sedangkan tangan luar (kiri) menahan fundus uteri
- e) Setelah sampai di kavum uteri, dengan jari mencari tempat perlekatan plasenta
- f) Tangan obstetri dibuka seperti memberi salam dan jari tangan dirapatkan
- g) Menentukan tempat implantasi plasenta yang telah lepas sebagian
- h) Menyisir plasenta ke arah kranial sampai terlepas semua
- i) Memegang plasenta dan mengeluarkan dengan tangan.

- j) Memindahkan tangan luar ke supra simpisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan
- k) Melakukan eksplorasi uterus untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih tertinggal
- l) Periksa kelengkapan plasenta

Manual plasenta hanya dapat dilakukan pada plasenta adhesiva (plasenta melekat kuat pada dinding rahim) dan plasenta akreta parsialis (sebagian plasenta tertanam dalam). Sedangkan pada plasenta akreta kompleta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan perforasi pada kavum uteri (Lailiyana, 2011). Untuk penanganan plasenta akreta kompleta atau yang tertanam lebih dalam, sebaiknya segera berkolaborasi dengan dokter konsulen karena merupakan bahaya obstetrik dan memerlukan tindakan operatif yaitu histerektomi.

b. Rest Placenta atau sisa plasenta

1. Pengertian

Ada beberapa pendapat tentang pengertian rest plasenta yaitu rest plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam uterus yang dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau perdarahan post partum sekunder (Karlina, dkk. 2016), selain itu sumber lain mengatakan bahwa rest plasenta adalah apabila setelah plasenta lahir masih terdapat perdarahan secara terus menerus, saat diperiksa kontraksi uterus ada, tetapi TFU tidak turun segera periksakan kelengkapan plasenta (Mochtar, 2012).

Demikian pula didalam buku Maartaadisoebrata (2013), rest plasenta adalah apabila kontraksi uterus jelek atau kembali lembek setelah kompresi bimanual ataupun masase dihentikan, bersamaan pemberian uterotonica lakukan eksplorasi. Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan setelah beberapa hari pulang kerumah dan subinvolusio uterus (Nugroho, T. 2012).

Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta (Puspita, A. 2011).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya rest plasenta antara lain:

- a) Pengeluaran plasenta tidak secara hati-hati, dimana plasenta dilahirkan tidak sesuai kurve jalan lahir
- b) Salah dalam pimpinan kala III, terlalu terburu-buru untuk mempercepat lahirnya plasenta.
- c) Terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus (Lisnawati, 2013).

3. Gejala Klinik

Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta. Tertinggalnya sebagian plasenta (rest plasenta). Perdarahan postpartum menggambarkan suatu peristiwa

- a) Gejala dan tanda yang selalu ada pada kasus rest plasenta yaitu Terdapat 2 tanda dan gejala sering muncul pada rest plasenta adalah :

- 1) Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap.
- 2) Perdarahan segera yang terjadi setelah plasenta lahir.

- b) Gejala dan tanda kadang-kadang ada

Terdapat 2 gejala dan tanda yang kadang ada pada kasus rest plasenta yaitu :

- 1) Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang

Diagnosis biasanya tidak sulit, terutama apabila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Tetapi bila perdarahan sedikit dalam jangka waktu lama, tanpa disadari pasien telah kehilangan banyak darah sebelum ia tampak pucat. Nadi serta pernafasan menjadi lebih cepat dan tekanan

darah menurun. Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik.

- 2) Gejala-gejala baru tampak pada kehilangan darah 20%. Jika perdarahan berlangsung terus, dapat timbul syok. Diagnosis perdarahan pascapersalinan dipermudah apabila pada tiap-tiap persalinan setelah anak lahir secara rutin diukur pengeluaran darah dalam kala III dan satu jam sesudahnya. Apabila terjadi perdarahan pascapersalinan dan plasenta belum lahir, perlu diusahakan untuk melahirkan plasenta segera. Jika plasenta sudah lahir, perlu dibedakan antara perdarahan akibat atonia uteri atau perdarahan karena perlukaan jalan lahir (Karlina, 2016)

4. Diagnosis

Sisa plasenta bisa diduga bila kala uri berlangsung tidak lancar atau setelah melakukan plasenta manual atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit (Lisnawati, 2013)

Diagnosis pada rest plasenta dapat ditegakkan berdasarkan:

- a) Palpasi uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
- b) Memeriksa plasenta dan ketuban apakah lengkap atau tidak.
- c) Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari
 - 1 Sisa plasenta atau selaput ketuban
 - 2 Robekan rahim
 - 3 Plasenta suksenturiata (Mochtar, 2012)
- d) Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina, dan varises yang pecah
- e) Pemeriksaan Laboratorium periksa darah yaitu Hb, COT (Clot Observation Test), dll

5. Komplikasi

Perdarahan pasca persalinan ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan hingga dalam waktu singkat ibu dapat jatuh kedalam keadaan syok. Atau dapat berupa perdarahan yang

menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus yang juga bahaya karena kita tidak menyangka akhirnya perdarahan berjumlah banyak, ibu menjadi lemas dan juga jatuh dalam presyok dan syok. Karena itu, adalah penting sekali pada setiap ibu yang bersalin dilakukan pengukuran kadar darah secara rutin, serta pengawasan tekanan darah, nadi, pernafasan ibu, dan periksa juga kontraksi uterus perdarahan selama 1 jam (Mochtar, 2012). Selain itu perdarahan pasca persalinan juga dapat memudahkan terjadinya anemia yang berkelanjutan dan infeksi puerperium serta yang terburuk adalah terjadinya kematian akibat perdarahan postpartum (Maarta adi soebrata, 2013)

6. Pencegahan

Pencegahan terjadinya perdarahan post partum merupakan tindakan utama, sehingga dapat menghemat tenaga, biaya dan mengurangi komplikasi upaya preventif dapat dilakukan dengan:

- a) Meningkatkan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi anemia dalam kehamilan.
- b) Melakukan persiapan pertolongan persalinan secara legeartis.
- c) Meningkatkan usaha penerimaan KB.
- d) Melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit bagi ibu yang mengalami perdarahan post partum.
- e) Memberikan uterotonika segera setelah persalinan bayi, kelahiran plasenta dipercepat.

7. Penatalaksanaan

Beberapa ahli menganjurkan eksplorasi secepatnya, akan tetapi hal ini sulit dilakukan tanpa general anastesi kecuali pasien jatuh dalam syok. Jangan hentikan pemberian uterotonika selama dilakukan eksplorasi. Setelah eksplorasi lakukan masase dan kompresi bimanual ulang tanpa menghentikan pemberian uterotonika.

Menurut (Maarta adisoebrata, 2013) pertolongan khusus pada perdarahan post partum sekunder dengan rest plasenta adalah:

- a) Pemasangan infus dan pemberian uterotonika untuk mempertahankan keadaan umum ibu dan merangsang kontraksi uterus dan dapat mengakibatkan manual plasenta.
- b) Pemberian narkose ringan, seperti : Ketaiar, pentotal dan diprivan

c) Persiapan kuretase diikuti dengan pemberian antibiotik.

Adapun terapi yang biasa digunakan (Mastiningsih, 2013):

- a) Pemasangan infus dan pemberian uterotonika untuk mempertahankan keadaan umum ibu dan merangsang kontraksi uterus.
- b) Kosongkan kandung kemih
- c) Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi
- d) Antibiotika ampicilin dosis awal 1 gr IV dilanjutkan dengan 3x1 gram per oral dikombinasikan dengan metrodinazol 1 gram suppositoria dilanjutkan dengan 3x500 mg.
- e) Oksitosin 1) Methergin 0,2 mg peroral setiap 4 jam sebanyak 6 dosis. Dukung dengan analgesik bila kram. 2) Mungkin perlu dirujuk ke rumah sakit untuk dilatasi dan kuretase bila terdapat perdarahan.
- f) Observasi tanda – tanda vital dan perdarahan g. Bila kadar HB <8 gr % berikan tranfusi darah. Bila kadar Hb >8 gr%, berikan sulfas ferosis 600mg/hari selama 10 hari
- g) Keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum atau kuret besar
- h) Jika perdarahan berlanjut, lakukan uji pembekuan darah dengan menggunakan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya bekuan darah setelah 7 menit atau terbentuknya bekuan darah yang lunak yang mudah hancur menunjukkan adanya kemungkinan kuagulopati (Saifuddin, AB. 2010).

c. Atonia Uteri

1. Definisi

Atonia uteri adalah suatu keadaan lemahnya *tonus* / kontraksi rahim yang menyebabkan *uterus* tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi lahir. Kegagalan *miometrium* untuk berkontraksi sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek, tidak mampu menjalankan fungsi *oklusi* pembuluh darah (Prawirohardjo, 2010). .

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana *myometrium* tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang akan keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta tidak terkendali.

2. Etiologi

Penyebab tersering kejadian perdarahan pada ibu dengan atonia uteri menurut Rukiyah (2010), antara lain:

- a) *Overdistension* seperti: *gemeli*, *mikrosomnia*, *polihidramnion*, atau *paritas* tinggi.
- b) Umur yang terlalu muda dan terlalu tua, *multipara* dengan jarak kelahiran pendek.
- c) Partus lama/partus terlantar.
- d) Malnutrisi.
- e) Salah penanganan dalam usaha melahirkan plasenta sedangkan belum terlepas dari uterus
- f) Grandemultipara.
- g) Kelainan uterus; uterus bikornis, mioma uteri, bekas operasi).
- h) Partus lama (*exhausted mother*).
- i) Partus presipitatus.
- j) Hipertensi dalam kehamilan (*gestosis*).
- k) Infeksi uterus.
- l) Anemia berat.
- m) Penggunaan oksitosin yang berlebihan dalam persalinan (Induksi partus). Riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya atau riwayat plasenta manual.
- n) Pimpinan kala III yang salah, dengan memijit-mijit atau mendorong-dorong *uterus* sebelum *plasenta* terlepas.

3. Tanda dan Gejala Atonia Uteri

Tanda dan gejala atonia uteri, adalah:

- a) Perdarahan pervaginam segera setelah anak lahir (perdarahan pasca persalinan *primer* atau P3).
- b) *Uterus* tidak berkontraksi dan lembek.
- c) Terdapat tanda-tanda syok :
 - 1) Pasien tampak gelisah, ketakutan, kesadaran menurun sampai tidak sadar.

- 2) Berkeringat atau kulit terasa dingin dan lembek.
 - 3) Muka pucat.
 - 4) Pernafasan cepat > 30x/menit.
 - 5) Nadi cepat > 110x/ menit.
 - 6) Tekanan darah turun, sistolik < 90mmHg.
- d) Fundus uteri naik (kalau pengaliran darah keluar terhalang oleh bekuan darah atau selaput janin).

4. Diagnosis *Atonia Uteri*

Diagnosis *atonia uteri* biasanya tidak sulit, apabila timbul perdarahan banyak dalam waktu pendek. Pada perdarahan karena *atonia uteri*, plasenta telah lahir, uterus membesar dan lembek pada palpasi.

5. Pencegahan *Atonia Uteri*

Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi perdarahan *post partum* lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif kala II dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah (Rukiyah, 2010).

Kegunaan utama *oksitosin* sebagai pencegahan *atonia uteri* yaitu *onsetnya* yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau *kontraksi tetani* seperti *ergometrin*. Pemberian *oksitosin* paling bermanfaat untuk mencegah *atonia uteri*. Pada manajemen kala II harus di berikan *oksitosin* setelah bayi lahir. Aktif protokol yaitu pemberian 10 unit IM, 5 unit IV bolus atau 10-20 per liter drip. 100-150 cc/jam (Rukiyah, 2010).

6. Penatalaksanaan *atonia uteri*

Manajemen *atonia uteri*, adalah:

- a) *Masase fundus uteri* segera setelah lahirnya placenta (maksimal 5 menit). *Masase* merangsang kontraksi *uterus*. Sambil melakukan *masase* sekaligus dapat dilakukan penilaian kontraksi *uterus*.
- b) *Bersihkan bekuan darah atau sisa selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks. Bekuan darah dan selaput ketuban dalam vagina dan saluran servik akan dapat mengurangi kontraksi uterus secara baik.*
- c) *Pastikan bahwa kandung kemih kosong. Jika penuh dan dapat di*

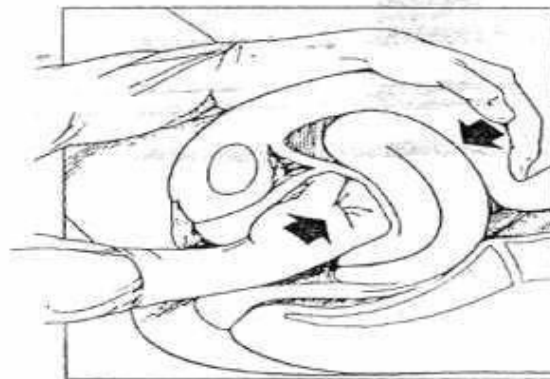
palpasi, lakukan katerisasi menggunakan tehnik aseptik. Kandung kemih yang penuh akan menghalangi kontraksi uterus berkontraksi secara baik.

d) Lakukan *kompresi bimanual interna* selama 5 menit

Kompresi *bimanual interna* memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah dinding uterus dan juga merangsang *miometrium* untuk berkontraksi, jika *kompresi bimanual* tidak berhasil setelah lima menit, diperlukan tindakan lain.

Langkah-langkah melakukan *Kompresi Bimanual Interna* menurut Rukiyah (2010), adalah:

- 1) Pakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukan secara *obstetrik* (menyatukan ke lima ujung jari) melalui *introitus* dan ke dalam vagina kemudian periksa vagina dan *servik*. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada *kavum uteri* mungkin hal ini menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh.
- 2) Setelah seluruh tangan telah masuk, kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada *vornik anterior*, tekan dinding *anterior* uterus, ke arah tangan luar yang mendorong dinding *posterior* uterus ke arah depan sehingga uterus di tekan dari arah depan dan belakang.
- 3) Tekan kuat *uterus* di antara kedua tangan, kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas *implantasi plasenta*) di dinding uterus dan juga merangsang *myometrium* untuk berkontraksi.



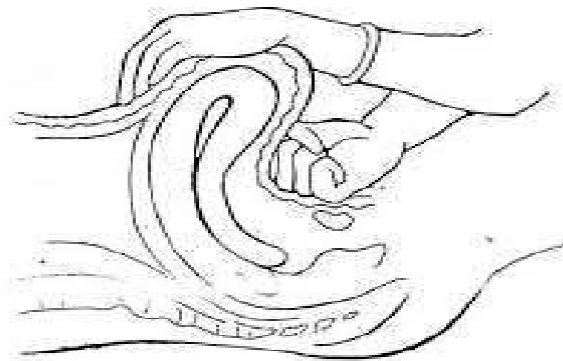
Gambar 2.3. KBI

- 4) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada *vornik anterior*,

- tekan dinding *anterior uterus* ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding *posterior uterus* ke arah dalam sehingga *uterus* di tekan dari arah depan dan belakang.
- 5) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada *vornik anterior*, tekan dinding *anterior uterus* ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding *posterior uterus* ke arah dalam sehingga *uterus* di tekan dari arah depan dan belakang.
 - 6) Tekan kuat *uterus* di antara ke dua tangan. *Kompresi uterus* ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas *implantasi plasenta*) di dinding uterus dan juga merangsang *myometrium* untuk berkontraksi.
- e) Anjurkan keluarga untuk membantu melakukan *kompresi bimanual eksterna*. Keluarga dapat meneruskan *kompresi bimanual* secara *eksterna* selama penolong melakukan langkah-langkah selanjutnya.

Langkah-langkah melakukan *kompresi bimanual eksterna* menurut Rukiyah (2010), adalah:

- 1) Letakan satu tangan pada tangan pada dinding *abdomen* dan dinding depan *korpus uteri* dan di atas *simpisis pubis*.



Gambar 2.4 KBE

- 2) Letakan tangan lain pada dinding *abdomen* dan dinding belakang *corpus uteri* sejajar dinding depan *korpus uteri*, usahakan untuk mencangkup atau memegang bagian *uterus* seluas mungkin.
- 3) Lakukan *kompresi uterus* dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah dalam anyaman *myometium* dapat dijepit secara manual. Cara ini

dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

- f) Keluarkan tangan secara perlahan.
- g) Berikan *uterotonika* yaitu *ergometrin* 0,2 mg IM (kontra indikasi *hipertensi*) atau *misoprostol* 600-1000 mcg.
- h) Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat +20 unit *oksitosin*. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin. Penggunaan Jarum besar memungkinkan pemberian larutan *IV* secara tepat atau untuk tranfusi darah, *ringer laktat* akan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan, *oksitosin IV* dengan cepat merangsang *kontraksi uterus*.
- i) Ulangi *KBI*. *KBI* yang di gunakan bersama dengan *ergometrin* dan *oksitosin* atau *misoprostol* akan membuat *uterus* berkontraksi
- j) Apabila setelah dilakukan tindakan di atas *uterus* tetap tidak berkontraksi maka segera lakukan kolaborasi dengan dokter *spesialis* kandungan.

d. Robekan Jalan Lahir

Merupakan kondisi dimana terdapatnya luka pada jalan lahir baik akibat luka episiotomi, trauma *forceps/ekstraksi vacuum*, atau memimpin persalinan sebelum pembukaan lengkap (Christanto, 2014).

Robekan jalan lahir adalah terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, serviks, porsio rektovaginalis akibat tekanan dari benda tumpul. Jenis laserasi jalan lahir menurut JEMS (2012) antara lain robekan perineum, *hematoma vulva*, robekan dinding vagina, robekan serviks, ruptur uteri

1. Robekan Perineum

a) Definisi

Merupakan robekan yang terjadi pada perineum kecuali yang disertai oleh cedera pada bagian bawah vagina dalam derajat yang bervariasi. Robekan pada dua sisi biasanya memiliki panjang yang berbeda, dan dipisahkan oleh bagian tunika vaginae berbentuk lidah (Cunningham, 2013).

Robekan perineum dibagi atas 4 tingkat :

- 1) Derajat 1 : Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
 - 2) Derajat 2 : Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
 - 3) Derajat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani
 - 4) Derajat 4 : Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus (Kemenkes RI, 2013).
- b) Etiologi Robekan Perinium
- 1) Robekan spontan karena partus macet.
 - 2) Gagal atau terlambat melakukan tindakan episiotomi.
 - 3) Memimpin persalinan sebelum pembukaan lengkap.
 - 4) Kepala janin terlalu cepat lahir dan partus presipitatus (Christanto, 2014).
- c) Patofisiologi Robekan Perinium

Robekan perineum terjadi pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini dapat dihindarkan maupun dikurangi dengan menjaga agar jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, sebaliknya apabila kepala janin akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan dalam tengkorak janin, dan melemahkan otot-otot dan fascia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama (Cunningham, 2013).

Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari biasa sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih belakang daripada biasanya, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia* suboksipitobregmatika, atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal. Adanya desakan tiba-tiba dan karena pergerakan pada vulva sehingga membuat integritas kulit menjadi rusak dan kontinuitas jaringan dan pembuluh kapiler darah terpisah. Adanya perlukaan yang luas di bagian

yang tidak bisa berkontraksi akan menyebabkan perdarahan yang banyak.

- d) Faktor Predisposisi Robekan Perinium
 - 1) Paritas (Primigravida lebih berisiko).
 - 2) Bayi besar.
 - 3) Posisi janin.
 - 4) Trauma forceps atau ekstraksi vacuum.
 - 5) Persalinan dengan tindakan episiotomi.
 - 6) Persalinan dilakukan dengan tergesa-gesa, dengan dorongan fundus yang berlebihan (Christanto, 2014).
- e) Faktor Risiko Robekan Perinium
 - 1) Persalinan oleh dukun.
 - 2) Perineum kaku atau adanya jaringan parut pada perineum.
 - 3) Cara meneran yang salah atau pasien tidak mau berhenti mengejan.
- f) Tanda klinis Robekan Perinium
 - 1) Perdarahan ringan sampai berat.
 - 2) Terdapat perlukaan dalam mengenai mukosa vagina hingga mukosa rectum.
 - 3) Pasien lemah, pucat, menggigil (Jems, 2012).
 - 4) Perubahan tingkat kesadaran (Green, 2012)
 - 5) Perdarahan merah segar yang banyak, terus-menerus, dan pulsatif sesuai denyut nadi (Christanto, 2014).
 - 6) Kontraksi uterus baik.
- g) Penatalaksanaan Robekan Perinium
 - 1) Perbaiki KU ibu (infuse, tranfusi jika diperlukan).
 - 2) Berikan dukungan emosional (Saifuddin, 2014).
 - 3) Minta asisten untuk menahan fundus dan melakukan masase uterus untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik (Kemenkes RI, 2013; Saifuddin, 2014).
 - 4) Periksa vagina, serviks, perineum dan rectum (Saifuddin, 2014).
 - 5) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan, jika robekan panjang dan dalam, periksa apakah robekan itu tingkat III atau IV :

- (1) Masukkan jari yang bersarung tangan ke anus
- (2) Identifikasi sfingter
- (3) Rasakan tonus dari sfingter (jika sfingter ani robek kaji robekan derajat III atau IV, apabila sfingter ani utuh lanjutkan penjahitan)
- (4) Ganti sarung tangan (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- 6) Memberikan anestesi dan juga antisepsis di daerah robekan:
 - (1) Masukkan jarum pada ujung atau pojok laserasi dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk dan keluar.
 - (2) Aspirasikan dan kemudian suntikkan sekitar 10 ml lidokain 0.5% di bawah mukosa vagina, dibawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum.
 - (3) Tunggu 2 menit agar anestesi efektif (Saifuddin, 2014).
- 7) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap (Edwin, 2011; Saifuddin, 2014).
- 8) Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling jauh terhadap penolong (Kemenkes RI, 2013).

2. Laserasi Porsio

a) Definisi

Merupakan robekan ringan yang terjadi di porsio, bentuk luka dapat melintang atau membujur serta dapat berlanjut hingga segmen bawah rahim.

b) Etiologi Laserasi Porsio

- 1) Partus presipitatus.
- 2) Persalinan yang dilakukan sebelum pembukaan lengkap.
- 3) Persalinan lama.
- 4) Kelahiran dengan bantuan (forsep, ekstraksi vacuum, atau ekstraksi bokong sebelum serviks berdilatasi penuh) (Mochtar, 2011).

c) Patofisiologi Laserasi Porsio

Persalinan selalu mengakibatkan laserasi porsio, sehingga portio seorang multipara berbeda dengan yang belum pernah melahirkan pervaginam. Laserasi porsio yang luas

mengakibatkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus berkontraksi baik, perlu dipikirkan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Hanretty, 2010)

- d) Tanda Klinis Laserasi Porsio
 - 1) Perdarahan terus menerus berwarna merah segar
 - 2) Kontraksi uterus baik
 - 3) Inspekulo :Terdapat laserasi pada porsio (Cunningham, 2013).
- e) Penanganan Laserasi Porsio
 - 1) Paling sering terjadi pada bagian ujung bawah kiri dan kanan dari porsio (Edwin, 2011).
 - 2) Jepitkan klem ovum pada kedua sisi porsio yang robek sehingga perdarahan dapat segera dihentikan. Laserasi porsio tidak perlu dijahit apabila kurang dari 1 cm (UNPAD, 2013).
 - 3) Jika ditemukan robekan yang besar, maka harus dilakukan penjahitan (Kemenkes RI, 2013).
 - 4) Setelah tindakan, periksa tanda vital pasien, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan perdarahan pasca tindakan (Edwin, 2011).
 - 5) Beri antibiotika profilaksis, kecuali bila jelas ditemui tanda-tanda infeksi (Kemenkes RI, 2013).
 - 6) Apabila kadar Hb dibawah 8 gr%, berikan tranfusi darah (Edwin, 2011)
 - 7) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien (Kemenkes RI, 2013).

2.2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

Menurut Hidayat (2015), tahapan persalinan normala adalah sebagai berikut

1. Kala I

Kala 1 atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala 1 dibagi dalam 2 fase: fase laten (pembukaan serviks 1-3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8

jam, fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm/lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.

Subjektif (S)

Data subjektif ibu bersalin kala I atau data yang diperoleh dari anamnesis, anantara lain: Biodata, data demografi, riwayat kesehatan, termasuk factor herediter dan kecelakaan, riwayat menstruasi, Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi, biopsikospiritual, pengetahuan klien.

1. Di kala I

data subjektif yaitu ibu mengatakan mulesmules sering dan teratur, pengeluaran pervaginam berupa lendir dan darah, usia kehamilan, dengan cukup bulan atau sebaiknya tidak cukup bulan, haid terakhir, waktu buang air kecil, waktu buang air besar, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit dan riwayat yang diderita keluarga.

Data subjektif

1. Nama, umur, alamat
2. Gravida dan para
3. Hari pertama haid terakhir
4. Kapan bayi akan lahir (menentukan taksiran ibu)
5. Riwayat alergi obat-obatan tertentu
6. Riwayat kehamilan yang sekarang
 - a. Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan antenatal
 - b. Pernah kah ibu mengalami masalah selama kehamilannya (misalnya: perdarahan, hipertensi, dan lain-lain.
 - c. Kapan mulai kontraksi
 - d. Apakah kontraksi teratur
 - e. Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi
 - f. Apakah selaput ketuban sudah pecah.
 - g. Kapankah ibu terakhir kali makan dan minum
 - h. Apakah ibu mengalami kesulitan untuk berkemih 44
7. Riwayat medis lainnya (masalah pernapasan, hipertensi, gangguan jantung, berkemih, dan lain- lain
8. Masalah medis saat ini (sakit kepala, gangguan penglihatan, pusing, atau nyeri epigastrium bagian atas

Objektif (O)

Di kala I pendokumentasian data objektif yaitu keadaan umum, kesadaran, tanda vital, pemeriksaan kebidanan dengan Leopold, palpasi, tinggi fundus uteri, punggung janin, presentasi, penurunan, kontraksi denyut jantung janin, pergerakan, pemeriksaan dalam: keadaan dinding vagina, portio, pembukaan serviks, posisi portio, konsistensi, ketuban negatif atau positif, penurunan bagian terendah, pemeriksaan laboratorium, Hb, urine, protein reduksi.

Pengkajian lainnya adalah pemeriksaan fisik, yang bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya, serta tingkat kenyamanan fisi ibu bersalin. Hasil yang didapat dari pemeriksaan fisik dan anamnesis dianalisis untuk membuat keputusan klinis, menegakkan diagnosa, dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

- 1) Pemeriksaan Abdomen Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk mengetahui :
 - a) Menentukan tinggi fundus uteri
 - b) Memantau kontraksi uterus.
 - c) Memantau denyut jantung janin
 - d) Menentukan presentasi
 - e) Menentukan penurunan bagian terbawah janin
- 2) Pemeriksaan Dalam Sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dengan air yang mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan mencuci daerah genitalia (jika ibu belum melakukannya), dengan sabun dan air bersih. Pastikan privasi ibu selama pemeriksaan dilakukan. Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam :
 - a) Tutupi badan ibu dengan sarung atau selimut
 - b) Minta ibu untuk berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan.
 - c) Gunakan sarung tangan DTT atau steril saat melakukan pemeriksaan
 - d) Gunakan kassa gulungan kapas DTT yang dicelupkan di air DTT. Basuh labia mulai dari depan ke belakang untuk menghindari kontaminasi feces.
 - e) Periksa genitalia eksterna, perhatikan ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondilomata atau luka parut di perineum.
 - f) Nilai cairan vagina dan tentukan apakah ada bercak darah pervaginam atau mekonium :

- g) Pisahkan labio mayor dengan jari manis dan ibu jari dengan hati-hati (gunakan sarung tangan pemeriksa). Masukkan (hati-hati), jari telunjuk yang diikuti jari tengah. Jangan mengeluarkan kedua jari tersebut sampai selesai dilakukan. Jika selaput ketuban belum pecah, jangan lakukan amniotomi (merobeknya karena amniotomi sebelum waktunya dapat meningkatkan resiko terhadap ibu dan bayi serta gawat janin).
 - h) Nilai vagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
 - i) Pastikan tali pusat atau bagian-bagian terkecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
 - j) Nilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan apakah bagian tersebut sudah masuk kedalam rongga panggul.
 - k) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar), dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau timpang tindih kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran janin lahir.
 - l) Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kepala jari pemeriksa (hati-hati), celupkan sarung tangan kedalam larutan untuk dokumentasi, lepaskan kedua sarung tangan tadi secara terbalik dan rendam dalam larutan dokumentasi selama 10 menit.
 - m) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman.
 - n) Jelaskan hasil-hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- 3) Pemeriksaan Janin Kemajuan pada kondisi janin :
- a) Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit), curigai adanya gawat jain.
 - b) Posisi atau presentasi selain oksipu anterior dengan ferteks oksiput sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpretasi.
 - c) Jika didapat kemanjuran yang kurang baik dan adanya persalinan yang lama, sebaiknya segera tangani penyebab tersebut.

Assesment (A)

Assesment yaitu hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala I pendokumentasian Assesment

yaitu Ibu G1P0A0 hamil aterm, premature, postmaatur, partus kala I fase aktif dan laten. Diagnosa pada kala I:

1. Sudah dalam persalinan (inpartu), ada tanda-tanda persalinan: pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina.
2. Kemajuan persalinan normal, yaitu kemajuan berjalan sesuai dengan partograf.
3. Persalinan bermasalah, seperti kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada.

Contoh :

Diagnosis : G..P..A0 hamil .. minggu. Inpartu kala I fase aktif

Masalah : ibu dengan kehamilan normal.

Kebutuhan : beri dukungan dan yakinkan ibu, beri informasi tentang proses dan kemajuan persalinannya.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment.

Di kala I pendokumentasian planning yaitu

1. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat.
2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu seperti posisi sesuai dengan keinginan ibu namun bila ibu ingin ditempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus.
3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his seperti ibu diminta menarik napas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
4. Menjaga privasi ibu seperti penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ibu.
5. Penjelasan tentang kemajuan persalinan seperti perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
6. Menjaga kebersihan diri seperti memperbolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya se usai buang air kecil/besar.

7. Mengatasi rasa panas seperti menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar.
 8. Masase, jika ibu suka, lakukan pijatan/masase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
 9. Pemberian cukup minum untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
 10. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sentuhan, seperti keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan
2. Kala II/ kala pengeluaran dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primi dan satu jam pada multi. Bentuk pendokumentasian SOAP pada kala II (Rukiyah, 2012)

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala II atau data yang diperoleh dari anamnesa, antara lain: ibu mengatakan mulesmules yang sering dan selalu ingin mengedan, vulva dan anus membuka, perineum menonjol, his semakin sering dan kuat. Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran.

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala II pendokumentasian data objektif yaitu Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil yaitu dinding vagina tidak ada kelahiran, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm (lengkap), ketuban negative, presentasi kepala, penurunan bagian terendah di hodge III, posisi ubun-ubun kecil.

Data objektif

1. Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan
2. Vulva dan anus terbuka perineum menonjol
3. Hasil pemantauan kontraksi
 - a. Durasi lebih dari 40 detik
 - b. Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit
 - c. Intensitas kuat

4. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala II pendokumentasian Assesment yaitu Ibu G1P0A0 (aterm, preterm, posterm) inpartu kala II.

Diagnosis Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. Di kala II pendokumentasian planning yaitu memantau keadaan umum ibu dengan observasi tanda-tanda vital menggunakan partograf, berikan support mental, pimpin ibu meneran, anjurkan ibu untuk minum dan mengumpulkan tenaga diantara kontraksi, lahirkan bayi pervagian spontan. Pada tahap ini pelaksanaan yang dilakukan bidan adalah:

- a. Memberikan dukungan terus-menerus kepada ibu dengan mendampingi ibu agar merasa nyaman dengan menawarkan minum atau memijat ibu.
- b. Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi. Bila terdapat darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- c. Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan cara menjaga privasi ibu, menjelaskan proses dan kemajuan persalinan, menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan, dan keterlibatan ibu.
- d. Mengatur posisi ibu dan membimbing mengejan dengan posisi berikut: jongkok, menungging, tidur miring, dan setengah duduk.
- e. Mengatur posisi agar rasa nyeri berkurang, mudah mengejan, menjaga kandung kemih tetap kosong, menganjurkan berkemih sesering mungkin, memberikan cukup minum untuk memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.

3. Kala III/kala uri dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Bentuk pendokumentasian SOAP pada kala III (Rukiyah 2012)

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala III atau data yang

diperoleh dari anamnesa antara lain ibu mengatakan perutnya masih mules, bayi sudah lahir, plasenta belum lahir, tinggi fundus uteri, kontraksi baik atau tidak, Volume perdarahan pervaginam, keadaan kandung kemih kosong. Data subjektif

1. Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina
2. Pasien mengatakan bahwa ari arinya belum lahir
3. Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan 51 dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala II pendokumentasian data objektif yaitu keadaan umum ibu, pemeriksaan tanda-tanda vital, palpasi abdomen, periksa kandung kemih dan kontraksi dan ukur TFU.

Data objektif

1. Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal... jam ... jenis kelamin laki laki /normal
2. Plasenta belum lahir
3. Tidak teraba janin kedua
4. Teraba kontraksi uterus

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala Iii pendokumentasian Assesment yaitu P1AO partus kala III. Diagnosis pada kala III menurut Saifuddin, (2015)

1. Kehamilan dengan janin normal hidup tunggal Persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal, cukup bulan
2. Bayi normal Tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, APGAR lebih dari tujuh, tanda-tanda vital stabil, berat badan besar dari dua ribu lima ratus gram.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Di kala II pendokumentasian planning yaitu observasi keadaan umum ibu, observasi pelepasan plasenta, melakukan peregangan tali pusat terkendali, lakukan manajemen kala III, massase uterus,

lahirkan plasenta spontan dan periksa kelengkapannya. Nilai volume perdarahan, observasi tanda-tanda vital dan keadaan ibu.

Berdasarkan perencanaan yang telah dibuat berikut adalah realisasi asuhan yang akan dilaksanakan terhadap pasien.

1. Melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua
 2. Memberikan suntikkan oksitosin 0,5 cc secara IM di otot sepertiga luar paha dalam waktu kurang dari satu menit setelah bayi lahir
 3. Melibatkan keluarga dalam pemberian minum kepada pasien. Pemberian minum (hidrasi) sangat penting dilakukan untuk mengembalikan kesegaran pasien yang telah kehilangan banyak cairan dalam proses persalinan kala II
 4. Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat
 5. Melakukan PTT (penegangan tali pusat terkendali)
 6. Melahirkan plasenta
 7. Melakukan pemeriksaan sumber perdarahan apakah perdarahan tersebut terjadi karena robekan jalan lahir, atonia uteri, sisa plasenta, inversion uteri, kogulopati.
 8. Memasang infus double line 1 RL drip oksitosin 20-40 IU dan yang 1 RL tanpa campuran apapun
 9. Melakukan tindakan KBI selama 5 menit jika perdarahan berhenti tidak dilakukan tindakan KBE. Jika perdarahan belum berhenti melakukan tindakan KBE dan persiapan rujukan
 10. Jika darah sudah berhenti maka melakukan masase fundus uteri
4. Kala IV/kala pengawasan
- kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Bentuk pendokumentasian SOAP pada kala IV (Rukiyah, 2012)

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala IV atau data yang diperoleh dari anamnesa yaitu ibu mengatakan sedikit lemas, lelah, dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid. Data subjektif

1. Pasien mengatakan bahwa ari arinya telah lahir
2. Pasien mengatakan perutnya mules
3. Pasien mengatakan merasa lelah tapi bahagia

Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala IV pendokumentasian data objektif yaitu plasenta sudah lahir, keadaan umum ibu baik, tandatanda vital dalam batas normal. Data objektif:

- a. Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal dan jam
- b. Tfu berapa jari diatas pusat
- c. Kontraksi uterus baik/tidak

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala IV pendokumentasian Assesment yaitu aktif yaitu P4 A0 partus kala IV. Diagnosis pada kala IV menurut Saifuddin, (2015): Involusi normal yaitu uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, perdarahan tidak berlebihan, cairan tidak berbau.

Masalah yang dapat muncul pada kala IV:

1. Pasien kecewa karena jenis kelamin bayinya tidak sesuai dengan keinginannya
2. Pasien tidak kooperatif dengan proses IMD
3. Pasien cemas dengan keadaanya

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Di kala IV pendokumentasian planning yaitu observasi keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, keadaan kandung kemih, tinggi fundus uteri, kontraksi, volume perdarahan yang keluar, periksa adanya luka pada jalan lahir atau tidak, bersihkan dan rapikan ibu, buatlah ibu nyaman mungkin.

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut, seperti :

1. Periksa fundus uteri setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat masase uterus sampai menjadi keras.

2. Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan pendarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
3. Anjurkan ibu untuk minum agar mencegah dehidrasi. Tawarkan si ibu makan dan minuman yang disukainya.
4. Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
5. Biarkan ibu beristirahat, bantu ibu pada posisi nyaman. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi,

2.4 Konsep Masa Nifas

2.4.1 Masa Nifas Dengan Perdarahan Postpartum

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015)

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

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

Perdarahan postpartum yang terlalu berlebihan pada masa nifas dapat menyebabkan tekanan darah menurun. Jika tekanannya terlalu rendah, organ tidak akan mendapatkan cukup darah dan tekanan darah yang terlalu rendah juga bisa menyebabkan kematian.

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut walyani & Purwoastuti (2015) menjadi 3, yaitu:

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta beraktivitas layaknya wanita normal.
- b. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau watru persalinan mempunyai komplikasi.

2.4.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi Uterus

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

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

Tabel 2.4 Perubahan Normal Pada Uterus

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

(Sumber: Setyo, 2011).

2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Damai, 2011).

Tabel 2.5 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
--------	-------	-------	-----------

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

(Sumber :Damai, 2011).

2.4.4 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwostuti (2015), yaitu :

a. *Fase taking in*

Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang di alaminya dari awal sampai akhir.

b. *Fase taking hold*

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa kwatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam meraway bayi.

c. *Fase letting go*

Fase letting go adalah periode meneima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fas ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.4.5 Kunjungan Nifas

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

2.4.5.1 Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- a. Mencegah perdarahan waktu nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak.
- d. Pemberian ASI awal.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
- f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan petugas harus tinggal dan mengawasi sampai 2 jam pertama.

2.4.5.2 Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan normal.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2.4.5.3 Kunjungan ketiga 2-3 minggu setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.

- e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi.

2.4.5.4 Kunjungan keempat 4-6 minggu setelah persalinan

- a. Menanyakan kepada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
- b. Memberikan konseling KB secara dini.
- c. 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.
- d. 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.
- e. Bicarakan pemberian ASI dengan ibu dan perhatikan apakah bayi menetek dengan baik
- f. 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.
- g. Catat semua dengan tepat hal-hal yang diperlukan.
- h. Jika ada yang tidak normal segeralah merujuk ibu atau bayi ke puskesmas atau RS.

2.4.6 Resiko Masa Nifas Dengan Perdarahan Postpartum

a. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria (WHO, 2012).

1 Etiologi Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum bisa disebabkan karena :

a) Atonia Uteri

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir.

Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta.

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

Atonia uteri merupakan penyebab paling banyak HPP, hingga sekitar 70% kasus. Atonia dapat terjadi setelah persalinan vaginal, persalinan operatif ataupun persalinan abdominal. Penelitian sejauh ini membuktikan bahwa atonia uteri lebih tinggi pada persalinan abdominal dibandingkan dengan persalinan vaginal (Edhi, 2013).

b) Laserasi jalan lahir

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

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu (Rohani, Saswita dan Marisah, 2011):

1) Derajat satu

Robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.

2) Derajat dua

Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum.

a. Derajat tiga

Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani eksternal.

b. Derajat empat

Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

c) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum (20% - 30% kasus). Kejadian ini harus didiagnosis secara dini karena retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio plasenta, resiko untuk mengalami HPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Ramadhani, 2011).

Terdapat jenis retensio plasenta antara lain:

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

d) Koagulopati

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

Kejadian gangguan koagulasi ini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intrauteri, kematian janin lama, emboli air ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipertonik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya HPP dapat dilakukan sebelumnya.

2 Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu:

- a) Perdarahan Postpartum Primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.
- b) Perdarahan Postpartum Sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

3 Faktor Risiko

Faktor risiko HPP dapat ada saat sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat persalinan. Faktor risiko sebelum kehamilan meliputi

usia, indeks massa tubuh, dan riwayat perdarahan postpartum. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda, plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh $>37^{\circ}$, korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley *et al.*, 2014).

Meningkatnya usia ibu merupakan faktor independen terjadinya HPP. Pada usia lebih tua jumlah perdarahan lebih besar pada persalinan sesar dibanding persalinan vaginal. Secara konsisten penelitian menunjukkan bahwa ibu yang hamil kembar memiliki 3-4 kali kemungkinan untuk mengalami HPP.

Perdarahan postpartum juga berhubungan dengan obesitas. Risiko perdarahan akan meningkat dengan meningkatnya indeks massa tubuh. Pada wanita dengan indeks massa tubuh lebih dari 40 memiliki resiko sebesar 5,2% dengan persalinan normal (Blomberg, 2011).

4 Gejala Klinik Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran HPP yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain. Gambaran klinis pada hipovolemia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.6. Gambaran klinis perdarahan obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 mL ($<15-20\%$)	Normal	Tidak ditemukan	-

1000-1500 (20-25%)	mL	80-100 mmHg	Takikardi (<100 kali/menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 (25-35%)	mL	70-80 mmHg	Takikardi (100- 120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 (35-50%)	mL	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Sumber : B-Lynch (2006)

5. Diagnosis Perdarahan Postpartum

Diagnosis perdarahan postpartum dapat digolongkan berdasarkan tabel berikut ini :

Tabel 2.7 Diagnosis Perdarahan Postpartum

No	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak berkontraksi dan lembek - Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok 	Atonia Uteri
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) - Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) - Uterus kontraksi baik - Plasenta lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> - Pucat - Lemah - Menggigil 	Robekan jalan lahir

3.	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta belum lahir setelah 30 menit - Perdarahan segera (P3) - Uterus kontraksi baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Tali pusat putus akibat traksi berlebihan - Inversio uteri akibat tarikan - Perdarahan lanjutan 	Retensio Plasenta
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap - Perdarahan segera (P3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang 	Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	<ul style="list-style-type: none"> - Uterus tidak teraba - Lumen vagina terisi massa - Tampak tali pusat jika plasenta belum lahir) - Perdarahan segera (P3) - Nyeri sedikit atau berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok neurogenik - Pucat dan limbung 	- Inversio uteri
6.	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-involusi uterus - Nyeri tekan perut bawah - Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. - Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Demam 	-Perdarahan terlambat -Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)

	(jika disertai infeksi)		
7.	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) - Nyeri perut berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok - Nyeri tekan perut - Denyut nadi ibu cepat 	-Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

5 Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan HPP memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani (Edhi, 2013).

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus- menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

6 Pencegahan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah HPP (Prawirohardjo, 2010).

Pencegahan HPP dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum (Edhi, 2013).

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan (WHO, 2012).

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses masa persalinan dan masa nifas. (Mariratlia, 2012)

Infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan disebut infeksi nifas. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital.

- 1 Beberapa faktor predisposisi infeksi masa nifas:
 - a) Partus lama, partus terlantar, dan ketuban pecah lama.
 - b) Tindakan obstetri operatif baik pervaginam maupun perabdominal.
 - c) Tertinggalnya sisa-sisa uri, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga rahim.
 - d) Keadaan-keadaan yang menurunkan daya tahan seperti perdarahan, kelelahan, malnutrisi, pre-eklamsi, eklamsi dan penyakit ibu lainnya (penyakit jantung, tuberkulosis paru,

pneumonia, dll).

2 Klasifikasi

- a) Infeksi terbatas lokalisasinya pada perineum, vulva, serviks dan endometrium.
- b) Infeksi yang menyebar ke tempat lain melalui : pembuluh darah vena, pembuluh limfe dan endometrium.

3 Penanganan umum

- a) Antisipasi setiap kondisi (faktor predisposisi dan masalah dalam proses persalinan) yang dapat berlanjut menjadi penyulit/komplikasi dalam masa nifas.
- b) Berikan pengobatan yang rasional dan efektif bagi ibu yang mengalami infeksi nifas.
- c) Lanjutkan pengamatan dan pengobatan terhadap masalah atau infeksi yang dikenali pada saat kehamilan ataupun persalinan.
- d) Jangan pulang penderita apabila masa kritis belum terlampaui.
- e) Beri catatan atau instruksi tertulis untuk asuhan mandiri di rumah dan gejala-gejala yang harus diwaspadai dan harus mendapat pertolongan dengan segera.
- f) Lakukan tindakan dan perawatan yang sesuai bagi bayi baru lahir, dari ibu yang mengalami infeksi pada saat persalinan.
- g) Berikan hidrasi oral/IV secukupnya.

4 Macam Infeksi Masa Nifas

a) Endometritis

Jenis infeksi yang paling sering ialah endometritis. Kuman-kuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium. Pada infeksi dengan kuman yang tidak seberapa patogen, radang terbatas pada endometrium.

Gambaran klinik tergantung jenis dan virulensi kuman, daya tahan penderita, dan derajat trauma pada jalan lahir. Biasanya demam mulai 48 jam postpartum dan bersifat naik turun (remittens). His royan dan lebih nyeri dari

biasa dan lebih lama dirasakan. Lochia bertambah banyak, berwarna merah atau coklat dan berbau. Lochia berbau tidak selalu menyertai endometritis sebagai gejala. Sering ada sub involusi. Leucocyt naik antara 15000- 30000/mm³.

Sakit kepala, kurang tidur dan kurang nafsu makan dapat mengganggu penderita. Kalau infeksi tidak meluas maka suhu turun dengan berangsur- angsur dan turun pada hari ke 7-10. Pasien sedapatnya diisolasi, tapi bayi boleh terus menyusui pada ibunya. Untuk kelancaran pengaliran lochia, pasien boleh diletakkan dalam letak fowler dan diberi juga uterustonica. Pasien disuruh minum banyak.

b) Parametritis

Parametritis adalah infeksi jaringan pelvis yang dapat terjadi beberapa jalan :

- 1) Penyebaran melalui limfe dari luka serviks yang terinfeksi atau dari endometritis.
- 2) Penyebaran langsung dari luka pada serviks yang meluas sampai ke dasar ligamentum.
- 3) Penyebaran sekunder dari tromboflebitis. Proses ini dapat tinggal terbatas pada dasar ligamentum latum atau menyebar ekstrapéritoneal ke semua jurusan. Jika menjalar ke atas, dapat diraba pada dinding perut sebelah lateral di atas ligamentum inguinalis, atau pada fossa iliaka.

Parametritis ringan dapat menyebabkan suhu yang meninggi dalam nifas. Bila suhu tinggi menetap lebih dari seminggu disertai rasa nyeri di kiri atau kanan dan nyeri pada pemeriksaan dalam, hal ini patut dicurigai terhadap kemungkinan parametritis. Pada perkembangan proses peradangan lebih lanjut gejala-gejala parametritis menjadi lebih jelas. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba tahanan padat dan nyeri di sebelah uterus dan tahanan ini yang berhubungan erat dengan tulang panggul, dapat meluas ke berbagai jurusan. Di tengah-tengah jaringan yang meradang itu bisa tumbuh abses. Dalam hal ini, suhu yang mula-mula

tinggi secara menetap menjadi naik turun disertai dengan menggigil. Penderita tampak sakit, nadi cepat, dan perut nyeri. Dalam $\frac{2}{3}$ kasus tidak terjadi pembentukan abses, dan suhu menurun dalam beberapa minggu. Tumor di sebelah uterus mengecil sedikit demi sedikit, dan akhirnya terdapat parametrium yang kaku. Jika terjadi abses selalu mencari jalan kerongga perut yang menyebabkan peritonitis, ke rectum atau ke kandung kencing.

c. Syok Hipovolemik

1 Pengertian

Syok adalah kondisi hilangnya volume darah sirkulasi efektif. Kemudian diikuti perfusi jaringan dan organ yang tidak adekuat, yang akibat akhirnya gangguan metabolik selular. Pada beberapa situasi kedaruratan adalah bijaksana untuk mengantisipasi kemungkinan syok. Seseorang dengan cidera harus dikaji segera untuk menentukan adanya syok. Penyebab syok harus ditentukan (hipovolemik, kardiogenik, neurogenik, atau septik syok) (Kirby, 2011).

Syok hipovolemik merupakan syok yang disebabkan oleh kehilangan cairan intravascular yang umumnya berupa darah atau plasma. Kehilangan darah oleh luka yang terbuka merupakan salah satu penyebab yang umum, namun kehilangan darah yang tidak terlihat dapat ditemukan di abdominal, jaringan retroperitoneal, atau jaringan di sekitar retakan tulang. Sedangkan kehilangan plasma protein dapat diasosiasikan dengan penyakit seperti pankreatitis, peritonitis, luka bakar dan anafilaksis (Lamm, 2012)

Syok Hipovolemik merupakan suatu keadaan dimana terjadi kehilangan cairan tubuh atau darah (internal ataupun eksternal) yang menyebabkan jantung tidak mampu memompakan cukup darah ke seluruh tubuh yang mengakibatkan perfusi jaringan yang tidak adekuat sehingga suplai oksigen tidak mencukupi untuk proses metabolik normal (Tanto, 2014)

2 Tanda Syok

- a) Perubahan status mental: gelisah, agitasi, letargi, obtundasi
- b) Tekanan darah sistolik <110 mmHg

- c) Takikardia >90 kali/menit
- d) Frekuensi nafas <7 atau >29 kali/menit
- e) Urin output <0,5 cc/KgBB/jam

(Tanto, 2014)

3 Klasifikasi

a) Syok hipovolemik ringan

Kehilangan <20% volume darah. Pasien dapat mengalami perubahan tingkat kesadaran misalnya agitasi dan gelisah. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda seperti kulit dingin, lembab, hipotensi ortostatik, takikardia ringan dan tanda lain akibat proses vasokonstriksi.

b) Syok hipovolemik sedang

Kehilangan 20-40% volume darah. Pasien menjadi gelisah, agitasi dan takikardia. Sering ditemui adanya hipotensi postural.

c) Syok hipovolemik berat

Kehilangan >40% volume darah. Tekanan darah menurun, takikardia menjadi lebih jelas, oliguria, penurunan kesadaran berupa agitasi dan confusion. (Tanto, 2014)

4 Penatalaksanaan

Menurut Tanto (2014) penatalaksanaan syok hipovolemik adalah sebagai berikut:

- a) Pastikan jalan nafas dalam kondisi baik
- b) Lakukan resusitasi cairan segera. Cairan yang diberikan berupa garam seimbang seperti RL.
- c) Nilai ketat hemodinamik dan amati tanda-tanda perbaikan syok: TTV, kesadaran, perfusi perifer, pulse oxymetry, urine output.
- d) Atasi sumber perdarahan.
- e) Kehilangan darah dengan kadar hemoglobin <10 gr/dL perlu pergantian dengan transfusi. Pada kondisi yang sangat darurat, transfusi packed red cell (PRC) sesuai golongan darah dapat diberikan.

2.3.7 Manajemen Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Menurut Muslihatun, 2011 pendokumentasian SOAP pada masa nifas yaitu:

Subjektif (S)

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

1. Biodata yang mencakup identitas pasien

a. Nama

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

b. Umur

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

c. Agama

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

d. Pendidikan

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

e. Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

f. Pekerjaan

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

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2. Keluhan utama

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

3. Riwayat kesehatan
4. Riwayat kesehatan yang lalu
Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut dan kronis.
5. Riwayat kesehatan sekarang
Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.
6. Riwayat kesehatan keluarga
Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya.
7. Riwayat perkawinan
Yang perlu dikaji adalah sudah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.
8. Riwayat obstetrik
9. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu. Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
10. Riwayat persalinan sekarang
Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang dapat berpengaruh pada masa nifas saat ini.
11. Riwayat KB
Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.
12. Data psikologis
 - a. Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in, taking hold* atau *letting go*.

- b. Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.
 - c. Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.
13. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- a. Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu *nifas* juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A.
 - b. Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
 - c. *Personal Hygiene*: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan
 - d. Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya.
 - e. Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam *nifas* dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu.
 - f. Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual.

Objektif (O)

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

Pemeriksaan fisik

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

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

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

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

Yang dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan genetalia adalah periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya, periksa apakah ada hematoma vulva (gumpalan darah) gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat, lihat kebersihan pada genetalia ibu, anjurkan kepada ibu agar selalu menjaga

kebersihan pada alat genetaliannya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi.

- 1) Pengeluaran *Lokhea*: Menurut Mochtar (2011), jenis *lokhea* diantaranya adalah:
 - (a) *Lokhea rubra (Cruenta)*, muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel *desidua*, *verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* serta sisa darah.
 - (b) *Lokhea sanguilenta*, *lokhea* ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
 - (c) *Lokhea serosa*, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, *leukosit* dan tidak mengandung darah lagi.
 - (d) *Lokhea alba*, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.
 - (e) Bila *pengeluaran lokhea* tidak lancar disebut *Lochiastasis*.
7. Perineum
Saat melakukan pemeriksaan perineum periksalah jahitan laserasinya.
8. Ekstremitas bawah
Pada pemeriksaa kaki apakah ada varices, oedema, reflek patella, nyeri tekan at au panas pada betis
9. Pengkajian psikologi dan pengetahuan ibu (Sunarsih,2014).
10. Pemeriksaan penunjang
 - a) *Hemoglobin*: Pada awal masa *nifas* jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah.
 - b) *Protein Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa.

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada ibu nifas yaitu pada diagnosa ibu nifas seperti postpartum hari ke berapa, perdarahan masa nifas, subinvolusio, anemia postpartum, Preeklampsia. Pada masalah ibu nifas pendokumentasian

seperti ibu kurang informasi, ibu tidak ANC, sakit mulas yang mengganggu rasa nyama, buah dada bengkak dan sakit. Untuk kebutuhan ibu nifas pada pendokumentasian seperti penjelasan tentang pencegahan fisik, tanda-tanda bahaya, kontak dengan bayi (bonding and attachment), perawatan pada payudara, imunisasi bayi.

Diagnosa

Untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :

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

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

Diagnosis : Postpartum hari pertama.

Masalah : Kurang Informasi tentang teknik menyusui.

Kebutuhan : informasi tentang cara menyusui dengan benar.

Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Pendokumentasian planning atau pelaksanaan pada ibu nifas yaitu penjelasan tentang pemeriksaan umum dan fisik pada ibu dan keadaan ibu, penjelasan tentang kontak dini sesering mungkin dengan bayi, mobilisasi atau istirahat baring di tempat tidur, pengaturan gizi, perawatan perineum, pemberian obat penghilang rasa sakit bila di perlukan, pemberian tambahan vitamin atau zat besi jika diperlukan, perawatan payudara, pemeriksaan laboratorium jika diperlukan, rencana KB, penjelasan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas.

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada masa postpartum seperti :

1. Kebersihan diri. Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang dan membersihkan diri setiap kali selesai BAK atau BAB. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari dan mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.
2. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup agar mencegah kelelahan yang berlebihan. Untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
3. Memberitahu ibu pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu yaitu dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel). Kemudian berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otototot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 tahan. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan.
4. Gizi ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 5000 kalori setiap hari, makan dengan diet berimbang (protein, mineral dan vitamin) yang cukup, minum sedikitnya 3 liter (minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus diminum, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A pada bayi melalui ASInya.
5. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar disekitar puting (menyusui tetap dilakukan) apabila lecet berat ASI diberikan dengan menggunakan sendok, menghilangkan rasa nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI maka

dilakukan pengompresan dengan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting, keluarkan ASI sebagian sehingga puting menjadi lunak, susukan bayi 2-3 jam sekali, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui dan payudara dikeringkan.

6. Hubungan perkawinan/rumah tangga secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.
7. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya.

2.5 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR NORMAL

2.5.1 Pengertian Neonatus

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).

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Cunningham, 2012).

2.5.2 Ciri Neonatus

Neonatus memiliki ciri berat badan 2700-4000 gram, panjang, panjang 48- 53 cm, lingkar kepala 33-35 cm (Potter & Perry, 2009). Neonatus memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku

agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (Dewi, 2010).

2.5.3 Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus menurut Marni (2015) :

- a. Neonatus menurut masa gestasinya,yakni Kurang bulan (preterm infan) :294hari (42 minggu)
- b. Neonatus menurut berat lahir,yakni Berat lahir rendah : 4000 gram.
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan :
 1. Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.
 2. Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.

2.5.4 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.

2.5.5 Lingkungan Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian neonatus dai 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 tmabahan yang diperlukan neonatus ada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolosme 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 merasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu yang ada di rahim. Apabila bayi dibiarkan di suhu ruangan, bayi akan mengalami kehilangan suhu melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2°C 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.

2.5.6 Tatalaksana Bayi Baru Lahir

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

Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.

- 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 / polkesdes dan atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan didekat 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.

2.5.7 Pencegahan Infeksi

Pada bayi baru lahir terjadi infeksi yang besar, ini disebabkan karena bayi belum memiliki kemampuan yang sempurna. Maka perlindungan dari orang lain disekitarnya sangat diperlukan. Usaha yang dapat dilakukan meliputi peningkatan upaya hygiene yang maksimal agar terhindarkan dari kemungkinan terkena infeksi. Bayi baru lahir beresiko tinggi terinfeksi apabila ditemukan: ibu menderita eklampsia, diabetes mellitus, ibu mempunyai penyakit bawaan, kemungkinan bayi terkena infeksi yang berkaitan erat dengan:

- a. Riwayat kelahiran: persalinan lama, persalinan dengan tindakan (ekstraksi cunam/vacuum, 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. Resiko yang mungkin terjadi pada BBL dengan ibu riwayat perdarahan yang menderita anemia
- c. Kelahiran prematuritas

Secara biologis, mekanisme persalinan preterm disebabkan oleh hipoksia, stress oksidatif, dan infeksi maternal. Hipoksia kronis yang disebabkan oleh anemia dapat menginduksi stress ibu dan janin. Respon terhadap stress akan memicu pelepasan CRH (*Corticotropin Releasing Hormon*) dan peningkatan produksi kortisol yang selanjutnya akan menginduksi persalinan preterm. Stress oksidatif yang disebabkan anemia defisiensi besi akan menimbulkan kerusakan eritrosit, sehingga sirkulasi utero-plasenta akan terganggu dan unit fetal maternal rusak. Keadaan tersebut akan memicu terjadinya persalinan preterm. Risiko infeksi maternal meningkat pada anemia defisiensi besi. Infeksi maternal akan memicu terjadinya persalinan preterm.

- d. Berat badan lahir rendah (BBLR)

Anemia defisiensi besi disebabkan karena kekurangan zat besi dalam makanan, akibatnya plasenta menjadi kekurangan nutrisi dan nutrisi yang ditransfer ke janin menjadi tidak adekuat pula. Karena itulah terjadi BBLR.

2.5.8 Resiko Bayi Baru Lahir dengan Perdarahan Postpartum

a. BBLR

1. Pengertian BBLR

Bayi berat lahir rendah adalah keadaan ketika bayi dilahirkan memiliki berat badannya kurang dari 2500 gram. Keadaan BBLR ini akan berdampak buruk untuk tumbuh kembang bayi ke depannya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Penyebab BBLR adalah keadaan ibu hamil yang memiliki masalah dalam kehamilan. Permasalahan dalam kehamilan inilah yang paling berbahaya karena menjadi penyebab kematian ibu dan bayi terbesar (Barua, Hazarika & Duta, 2014).

2. Klasifikasi BBLR

Menurut Cutland, Lackritz, Mallett-Moore, Bardaji, Chandrasekaran, Lahariya, Nisar, Tapia, Pathirana, Kochhar & Muñoz (2017) dalam mengelompokkan bayi BBLR ada beberapa cara yaitu:

a) Berdasarkan harapan hidupnya:

- 1) Bayi dengan berat lahir 2500 – 1500 gram adalah bayi berat lahir rendah (BBLR).
- 2) Bayi dengan berat lahir 1500 – 1000 gram adalah bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR).
- 3) Bayi dengan berat lahir < 1000 gram adalah bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER).

b) Berdasarkan masa gestasinya:

- 1) Prematuritas Murni Bayi dengan masa gestasi kurang dari 37 minggu atau biasa disebut neonatus dengan berat normal ketika lahir. Dapat disebut BBLR jika berat lahirnya antara 1500 – 2500 gram.
- 2) Dismaturitas Bayi dengan berat badan lahir tidak normal atau kecil ketika dalam masa kehamilan.

3. Etiologi BBLR

Menurut Nur, Arifuddin & Vovilia (2016), Susilowati, Wilar & Salendu (2016) serta Gebregzabihher, Haftu, Weldemariam & Gebrehiwet (2017) ada beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan masalah BBLR yaitu:

a) Faktor ibu

- 1) Usia Berdasarkan penelitian menunjukkan persentase kejadian BBLR lebih tinggi terjadi pada ibu yang berumur 35 tahun (30,0%) dibandingkan dengan yang tidak BBLR (14,2%). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan WHO yaitu usia yang paling aman adalah 20 – 35 tahun pada saat usia reproduksi, hamil dan melahirkan.
 - 2) Parietas Berdasarkan penelitian ibu grandemultipara (melahirkan anak empat atau lebih) 2,4 kali lebih berisiko untuk melahirkan anak BBLR, itu dikarenakan setiap proses kehamilan dan persalinan menyebabkan trauma fisik dan psikis, semakin banyak trauma yang ditinggalkan akan menyebabkan penyulit untuk kehamilan dan persalinan berikutnya.
 - 3) Gizi kurang saat hamil Ibu yang mengalami gizi kurang saat hamil menyebabkan persalinan sulit/lama, persalinan sebelum waktunya (prematurn), serta perdarahan setelah persalinan. Ibu yang memiliki gizi kurang saat hamil juga lebih berisiko mengalami keguguran, bayi lahir cacat dan bayi lahir dengan berat badan yang kurang.
 - 4) Jarak kehamilan Berdasarkan penelitian ibu yang memiliki jarak kelahiran < 2 tahun berisiko 3,231 kali lebih besar melahirkan anak BBLR di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak kelahiran > 2 tahun, itu dikarenakan pola hidup, belum menggunakan alat kontrasepsi dan ibu tidak melakukan pemeriksaan dengan rutin.
 - 5) Pola hidup Ibu yang dia terkena paparan asap rokok dan sering mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan menurunkan aliran darah umbilikal sehingga pertumbuhan janin akan mengalami gangguan dan menyebabkan anak lahir dengan BBLR.
- b) Faktor kehamilan
- 1) Eklampsia / Pre-eklampsia.
 - 2) Ketuban pecah dini.
 - 3) Perdarahan Antepartum.
- c. Faktor janin
1. Cacat bawaan (kelainan kongenital).

2. Infeksi dalam rahim.

4. Ciri – ciri BBLR

Menurut penelitian dari Triphy (2014) ada beberapa ciri BBLR yaitu:

- a) Rambut tipis halus.
- b) ulang tengkorak lunak.
- c) Kulit tipis dan transparan.
- d) Berat badan

5. Penatalaksanaan BBLR

Konsekuensi dari anatomi dan fisiologi yang belum matang menyebabkan bayi BBLR cenderung mengalami masalah yang bervariasi. Hal ini harus diantisipasi dan dikelola pada masa neonatal.

Penatalaksanaan yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi stress fisika maupun psikologis. Adapun penatalaksanaan BBLR meliputi:

a) Dukungan respirasi

Tujuan primer dalam asuhan bayi resiko tinggi adalah mencapai dan mempertahankan respirasi. Banyak bayi memerlukan oksigen suplemen dan bantuan ventilasi. Bayi dengan atau tanpa penanganan suportif ini diposisikan untuk memaksimalkan oksigenasi karena pada BBLR beresiko mengalami defisiensi surfaktan dan periodik apneu. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan nafas, merangsang pernafasan, diposisikan miring untuk mencegah aspirasi, posisikan tertelungkup jika mungkin karena posisi ini menghasilkan oksigenasi yang lebih baik, terapi oksigen diberikan berdasarkan kebutuhan dan penyakit bayi. Pemberian oksigen 100% dapat memberikan efek edema paru dan retinopathy of prematurity.

b) Termoregulasi

Kebutuhan yang paling krusial pada BBLR setelah tercapainya respirasi adalah pemberian kehangatan eksternal. Pencegahan kehilangan panas pada bayi distress sangat dibutuhkan karena produksi panas merupakan proses kompleks yang melibatkan system kardiovaskular, neurologis, dan metabolik. Bayi harus dirawat dalam suhu lingkungan yang netral yaitu suhu yang diperlukan untuk konsumsi oksigen dan pengeluaran kalori minimal. Suhu aksilar optimal bagi bayi dalam kisaran $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$,

Sedangkan suhu netral bagi bayi adalah 36,7°C – 37,3°C.

Menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu:

- 1) Kangaroo Mother Care atau kontak kulit dengan kulit antara bayi dengan ibunya. Jika ibu tidak ada dapat dilakukan oleh orang lain sebagai penggantinya.
- 2) Pemancar pemanas
- 3) Ruang yang hangat
- 4) Inkubator

2.5.9 Bounding Attachment

Nelson dalam Pitriani (2014), bonding adalah dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera sesudah lahir, sedangkan attachment adalah ikatan yang terjalin di antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab. Jadi dapat disimpulkan oleh peneliti bahwa bonding attachment adalah suatu ikatan yang terjadi antara orang tua dan bayi baru lahir, yang meliputi pemberian kasih sayang dan pencurahan perhatian yang saling tarik-menarik.

Bounding attachment 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 bonding adalah inisiasi dini, pemberian ASI Eksklusif, Rawat gabung, Kontak mata, Suara, Aroma, Entrainment. Bioritme (Rukiyah, 2012).

2.5.10 Reflek pada Bayi Baru Lahir

a. Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama

b. Refleks hisap

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

c. Reflek mencari (rooting)

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

d. Refleks genggam (palmar grasp)

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

e. 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. Refleks merangkak

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

2.5.11 Faktor bonding attachment

Bonding attachment dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal (Rini dan Kumala, 2016) :

a. Faktor Internal

1. Bagaimana bayi diasuh oleh orangtua

Apabila sang ayah atau individu lain pada waktu kecil dididik orangtua dengan cara keras atau sering diberikan hukuman jika ada kesalahan sedikit, sehingga kemungkinan kedekatan antara ayah dan bayi akan sulit terbentuk dan cara ini akan diterapkan untuk mendidik anaknya dikemudian hari.

2. Kebudayaan yang diinternalisasikan dalam diri

Banyak masyarakat yang masih percaya bahwa ibu dan bayinya yang baru lahir tidaklah bersih dan diisolasi dari ayahnya selama periode yang ditetapkan, tentu saja hal ini menyulitkan terbentuknya ikatan batin dengan sang ayah.

3. Nilai-nilai kehidupan

Kepercayaan dan nilai-nilai dalam kehidupan mempengaruhi perilaku dan respon seseorang, dalam agama islam bayi yang baru lahir sesegera mungkin di adzankan oleh sang ayah. Keadaan ini memberikan kesempatan ayah untuk mencoba menggendong bayi pertama kalinya dan bayi mendengarkan suara sang ayah.

4. Hubungan antar sesama

Hubungan antar sesama akan menciptakan suatu pengalaman seperti bila sang ayah melihat atau mendengar cerita dari temannya, bagaimana temannya bersikap terhadap anak pertamanya, bila sang ayah mempunyai hubungan dalam lingkungannya harmonis, mudah bersosialisasi, hal ini akan menciptakan respon yang positif terhadap bayinya.

5. Riwayat kehamilan sebelumnya

Apabila pada kehamilan terdahulu ibu mengalami komplikasi dalam kehamilan seperti abortus, plasenta previa, akan membuat

ayah atau ibu maupun keluarga sangat menjaga dan melindungi bayi dengan sebaiknya.

b. Faktor eksternal

1. Keinginan menjadi orang tua yang telah diimpikan Pasangan suami istri yang sangat menginginkan anak tentu saja akan merespon kelahiran bayi dengan bangga dan bahagia. Perhatian yang diterima selama kehamilan, persalinan dan post partum, perhatian dari suami dan keluarga akan menciptakan perasaan bahagia dan bangga akan perannya sebagai seorang ibu.
2. Sikap dan perilaku pengunjung Pengunjung memberikan pujian dan ucapan selamat serta memperlihatkan perasaan bangga terhadap bayi, hal ini akan menumbuhkan perasaan bahagia akan kehadiran bayi.

2.5.12 Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

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

Subjektif (S)

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

Data Subjektif

- a. Nama bayi : untuk menghindari kekeliruan
- b. Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonates
- c. Jenis kelamin : untuk mengetahui jenis kelamin bayi
- d. Umur : untuk mengetahui usia bayi
- e. Alamat : untuk memudahkan kunjungan rumah
- f. Nama ibu : untuk memudahkan menghindari kekeliruan
- g. Umur ibu : untuk mengetahui ibu termasuk berisiko
- h. Alamat : untuk memudahkan kunjungan rumah
- i. Nama Suami : untuk menghindari terjadinya kekeliruan
- j. Umur Suami : untuk mengetahui suami termasuk berisiko
- k. Alamat Suami : untuk memudahkan kunjungan rumah
- l. Riwayat prenatal : Anak beberapa,

m. Riwayat Natal : Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, Bb bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, di tolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL

Objektif (O)

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

Pemeriksaan umum

1. Pola eliminasi :Proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, bewarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normalnya bewarna kuning.
2. Pola istirahat :pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari
3. Pola aktivitas :pada bayi seperti menangis, bak, bab, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.
4. Riwayat Psikologi :kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru
5. Kesadaran : compos mentis
6. Suhu : normal (36,5-37C).
7. Pernapasan : normal (40-60kali/menit)
8. Denyut Jantung : normal (130-160kali/menit)
9. Berat badan : normal (2500-4000gram)
10. Panjang Badan : antara 48-52 cm

Pemeriksaan fisik

1. Kepala :adalah caput succedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup
2. Muka :warna kulit merah
3. Mata :sklera putih, tidak ada perdarahan subconjungtiva
4. Hidung :lubang simetris, bersih, tidak ada secret
5. Mulut :refleks menghisap baik, tidak ada palatoskisis
6. Telinga :simetris tidak ada serumen
7. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
8. Dada :simetris, tidak ada retraksi dada

9. Tali pusat :bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa
10. Abdomen :simetris, tidak ada masa, tidak ada infeksi
11. Genetalia :untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
12. Anus :tidak terdapat atresia ani
13. Ekstermitas :tidak terdapat polidaktili dan syndaktili
14. Pemeriksaan Neurologis
 - a. Refleks Moro/terkejut :apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.
 - b. Refleks Menggenggam :apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksaan, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.
 - c. Refleks Rooting/mencari :apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.
 - d. Refleks menghisap :apabila bayi diberi dot/puting, maka ia berusaha untuk menghisap.
 - e. Glabella Refleks :apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya
 - f. Tonick Neck Refleks :apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

Pemeriksaan Antropometri

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

g. Diameter bitemporalis Antara dua tulang temporalis (8cm)

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada bayi baru lahir yaitu pada data diagnosa seperti bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia sedang, bayi kurang bulan kecil masa kehamilan dengan hipotermi 74 dan gangguan pernafasan. Pendokumentasian masalah bayi baru lahir seperti ibu kurang informasi. Pendokumentasian data kebutuhan pada ibu nifas seperti perawatan rutin bayi baru lahir.

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

Planning (P)

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

- a. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat dengan melakukan kontak antara kulit ibu dan bayi ,periksa setiap 15 menit telapak kaki dan pastikan dengan periksa suhu aksila bayi
- b. Perawatan mata dengan menggunakan obat mata eritromisin 0.5% atau tetrasiklin 1% untuk pencegahan penyakit menular seksual
- c. Memberikan identitas bayi dengan memberikan gelang tertulis nama bayi / ibu , tanggal lahir , no , jenis kelamin, ruang/unit .
- d. Tunjukkan bayi kepada orangtua 75

- e. Segera kontak dengan ibu , kemudian dorong untuk melakukan pemberian ASI
- f. Berikan vit k per oral 1mg/ hari selama 3hari untuk mencegah perdarahan pada bayi normal, bagi bayi berisiko tinggi , berikan melalui parenteral dengan dosis 0.5 – 1mg IM
- g. Lakukan perawatan tali pusat
- h. Berikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI ,perawatan tali pusat dan tanda bahaya umum
- i. Berikan imunisasi seperti BCG,POLIO, Hepatitis B
- j. Berikan perawatan rutin dan ajarkan pada ibu.
- k. Kangaroo Mother Care atau kontak kulit dengan kulit antara bayi dengan ibunya. Jika ibu tidak ada dapat dilakukan oleh orang lain sebagai penggantinya.
- l. Pemancar pemanas
- m. Ruangan yang hangat
- n. Inkubator

2.6 Konsep Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian

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

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

2.6.2 Tujuan Program 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 pendewasaanusia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Ari Suliswati,2011)

Selain itu Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga

bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

2.6.3 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga berencana
- b. Kesehatan reproduksi remaja
- c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e. Keserasian kebijakan kependudukan
- f. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
- g. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

2.6.4 Metode Alat Kontrasepsi

a. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

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 terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010).

c. 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 falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas

deferens 14 sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010).

2.6.5 Macam Alat Kontrasepsi

a. KB Implan

KB implan memiliki efektivitas yang sangat tinggi. Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 0,2 sampai dengan 1 dari antara 100 Ibu dalam 1 tahun.

1. Jenis kontrasepsi Implant menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- a) Norplant: terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 3,6 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- b) Implanon: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun. 23
- c) Jadena dan indoplant: terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

2. Cara kerja kontrasepsi Implant menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- c) Mengurangi transportasi sperma
- d) Menekan ovulasi.

3. Keuntungan kontrasepsi Implant menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka Panjang
- c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- e) Tidak mengganggu dari kegiatan senggama
- f) Tidak mengganggu ASI

- g) Klien hanya kembali jika ada keluhan
- h) Dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan
- i) Mengurangi nyeri haid
- j) Mengurangi jumlah darah haid
- k) Mengurangi dan memperbaiki anemia
- l) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- m) Melindungi angka kejadian kelainan jinak payudara
- n) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- o) Menurunkan kejadian endometriosis.

4. Kekurangan

- 1. Implant harus di pasang dan dilepas oleh petugas kesehatan yang terlatih.
- 2. Sering mengubah pola haid

b. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan atau minuman tambahan hingga usia 6 bulan.

Cara kerja penundaan atau penekanan ovulasi

1. Keuntungan kontrasepsi

- a) Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- b) Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
- c) Segera efektif bila digunakan secara benar.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- e) Tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu alat atau obat dan biaya yang murah.

2. Keuntungan non kontrasepsi

- a) Untuk bayi
 - 1) Mendapatkan kekebalan pasif
 - 2) Merupakan asupan gizi terbaik
- b) Untuk ibu
 - 1) Dapat mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - 2) Dapat mengurangi resiko anemia
 - 3) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi.

3. Kelemahan metode MAL
 - a) Perlu persiapan dan perawatan sejak awal kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
 - b) Sulit dilakukan karena kondisi social.
 - c) Efektifitas tinggi hingga hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
 - d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS dan Virus Hepatitis B.
4. Ibu yang dapat menggunakan MAL
 - a) Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari.
 - b) Ibu yang belum haid sejak pascapersalinan.
 - c) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
 - d) Harus di anjurkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapat menstruasi.
5. Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL
 - a) Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan
 - b) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif
 - c) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan
 - d) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah.

c. Pil

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesterone dalam dosis rendah. Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

1. Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:
 - a) Monofasik, yakni pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
 - b) Bifasik, yakni pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

- c) Trifasik, yakni pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.
2. Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2010) yaitu:
- a) Menekan ovulasi
 - b) Mencegah implantasi
 - c) Mengentalkan lendir serviks
 - d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.
3. Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:
- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
 - c) Dapat digunakan sebagai metode jangka Panjang
 - d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
 - e) Mudah dihentikan setiap saat
 - f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea.
4. Kerugian
- a) Memerlukan biaya
 - b) Harus selalu tersedia
 - c) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
 - d) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkolosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah
 - e) Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
 - f) Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten
 - g) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS

- h) Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

d. KB suntik 3 bulan

Menurut Sulistyawati (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi.

1. Jenis kontrasepsi Suntik Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- a) Depo Medroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

2. Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.

3. Keuntungan kontrasepsi Suntik

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian

tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

4. Kerugian

- 1) Terdapat gangguan haid seperti amenore
- 2) Pusing dan sakit kepala

e. Tubektomi (Kontrasepsi Mantap)

Adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang tersebut tidak akan mendapat keturunan lagi. Efektivitas tinggi 99,6%-99,8%.

1. Keuntungan

Keuntungan dari kontrasepsi MOW menurut Noviwati dan Sujiyatini :

- a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)
- c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius
- e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal
- f) Tidak ada efek samping dalam jangka Panjang
- g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)

2. Kerugian

Kerugiannya, bila situasi Anda berubah dan ingin punya anak, peluang Anda sangat kecil. Oleh karena itu, pertimbangkan baikbaik bila Anda akan menjalani operasi ini. Jangan memutuskan ketika Anda sedang kalut atau krisis. Bila Anda memiliki keraguan, diskusikan dengan dokter dan pasangan Anda.

3. Pemilihan KB yang Tepat untuk Ibu Riwayat Perdarahan

- a. Ibu yang mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, oedema mengarah ke penyakit infeksi pada daerah genitalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Menurut Saifuddin (2012) penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD
- b. Mata simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia Ibu dengan anemia tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin,2012).
- c. Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan KB IUD
- d. Pemberian ASI yang eksklusif yang teratur sekali tanpa adanya tambahan apapun dapat dijadikan sebagai metode KB MAL sampai ibu mendapatkan haid setelah melahirkan. Oleh karena itu bila ibu menyusui bayinya sesering mungkin tanpa di tambah susu formula, tingkat keberhasilan ibu menggunakan KB MAL cukup aman, akan tetapi bila ibu sudah mendapatkan menstruasi ibu diharuskan memilih alat kontrasepsi lain dan bukan dengan MAL lagi. (Manuaba, 2012)
- e. Menurut Affandi (2012), yaitu kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, boleh digunakan oleh wanita pada tekanan darah <180/110 mmHg, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin wanita hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorea, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes melitus

4. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

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

Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif keluarga berencana atau data yang

diperoleh dari anamnesa, antara lain: keluhan utama atau alasan datang, riwayat perkawinan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi yang digunakan, riwayat kesehatan, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, keadaan psiko sosial spiritual.

Data Subjektif

1. Biodata yang mencakup identitas pasien

- a. Nama Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- b. Umur Untuk mengetahui kontrasepsi yang cocok untuk pasien
- c. Agama Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut agar dapat membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa.
- d. Pendidikan Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat meberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.
- e. Suku/bangsa Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari
- f. Pekerjaan Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.
- g. Alamat Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.
- h. Riwayat kesehatan yang lalu Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut dan kronis.
- i. Riwayat kesehatan keluarga.
- j. Riwayat perkawinan Yang perlu dikaji adalah sudah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, Riwayat obstetric
- k. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
- l. Riwayat KB Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi.
- m. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari Nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, dan aktivitas sehari-hari.

Objektif (O)

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

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

Data Objektif

1. Vital sign

- a. Tekanan darah
- b. Pernafasan
- c. Nadi
- d. Temperatur

2. Pemeriksaan fisik Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki.

- a. Keadaan umum ibu
- b. Keadaan wajah ibu

Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Pendokumentasian Assesment pada keluarga berencana yaitu 85 diagnosis kebidanan, masalah, diagnosis potensial, masalah potensial, kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien.

Contoh

Diagnosa : P...Ab..Ah.. umur ibu .. tahun, umur anak ... , menyusui, sehat ingin menggunakan alat kontrasepsi.

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

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

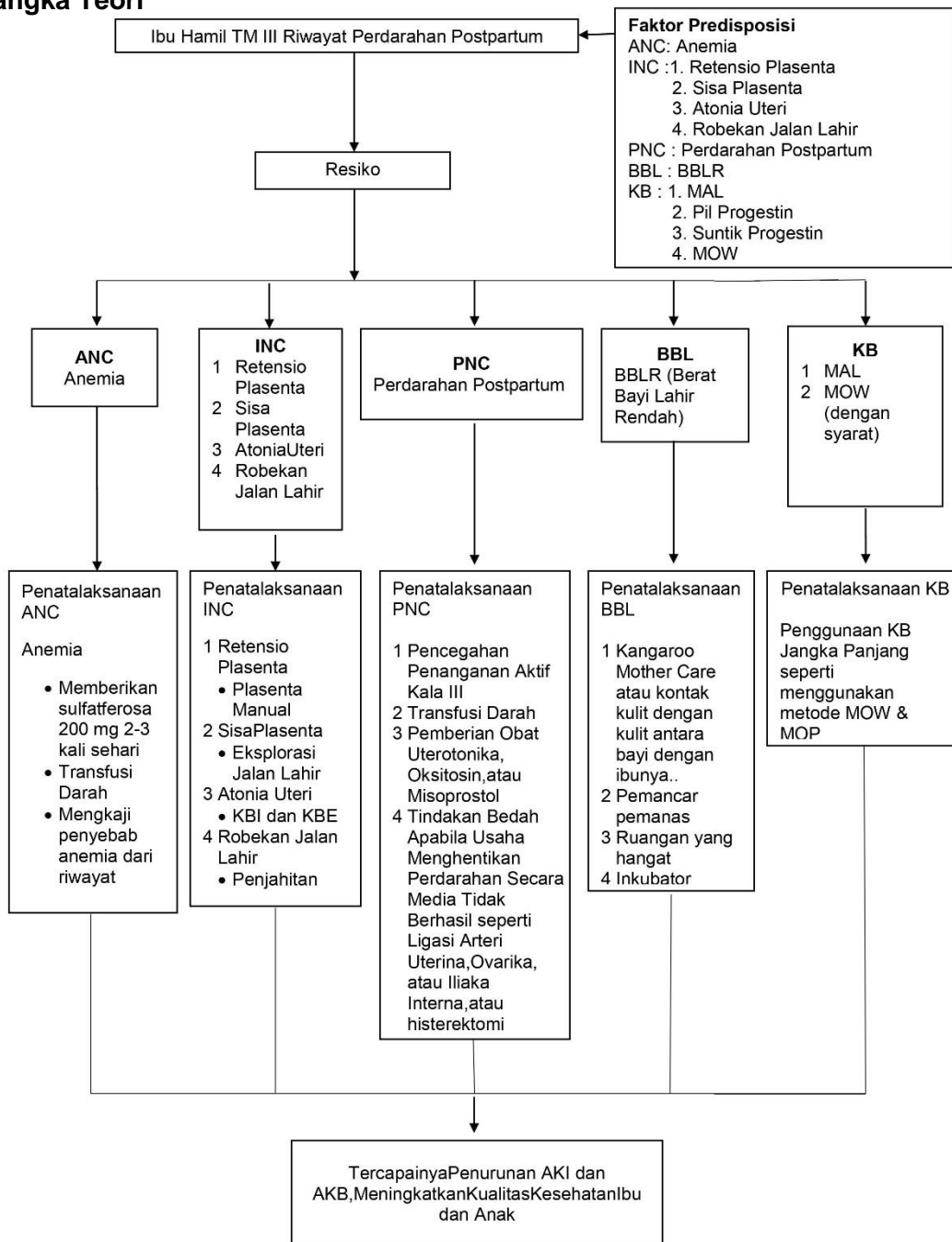
Planning (P)

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

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

- a) Menginformasikan tentang alat kontrasepsi
- b) Menginformasikan cara menggunakan alat kontrasepsi
- c) Melakukan Inform Consent
- d) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan
- e) Beritahu ibu tentang kunjungan ulang

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. D Kehamilan Trimester III Dengan Riwayat Perdarahan Postpartum Sampai Dengan Perencanaan Penggunaan Alat Kontrasepsi Di PMB Eny Islamiati S.Tr.Keb Kabupaten Malang