

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widatiningsih & Dewi, 2017).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015).

2.1.2 Pengertian Kehamilan Trimeseter III

Kehamilan trimester III adalah periode kehamilan bulan terakhir/sepertiga masa kehamilan terakhir. Kehamilan trimester ketiga dimulai pada minggu ke-28 sampai dengan minggu ke 38-42. Karakteristik utama perkembangan intrauterin pada trimester III adalah penyempurnaan struktur organ khusus / detail dan penyempurnaan fungsi berbagai sistem organ. (Sukarni & Margareth, 2015).

Kehamilan trimester III merupakan suatu periode kehamilan pada tiga bulan terakhir atau pada sepertiga akhir dalam keseluruhan masa kehamilan. Trimester III berawal dari kehamilan bulan ke tujuh hingga ke sepuluh bulan yaitu sejak minggu ke 29 sampai minggu ke-40 (Hutahaeen, 2013)

2.1.3 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut (Romauli, 2011) Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III, adalah sebagai berikut :

a. Peningkatan Frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan

menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Manuaba, 2010).

Sering buang air kecil merupakan suatu perubahan fisiologis dimana terjadi peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

Tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi akibat terlalu sering buang air kecil yaitu dysuria, Oliguria dan Asymtomatic bacteriuria. Untuk mengantisipasi terjadinya tanda – tanda bahaya tersebut yaitu dengan minum air putih yang cukup (\pm 8-12 gelas/hari) dan menjaga kebersihan disekitar alat kelamin. Ibu hamil perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali selesai berkemih dan harus menggunakan tissue atau handuk yang bersih serta selalu mengganti celana dalam apabila terasa basah.

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan sering kencing yaitu KIE tentang penyebab sering kencing, kosongkan kadung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum di malam haru jika mengganggu tidur, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis dan tidak perlu menggunakan obat farmakologis (Hani, 2011).

b. Sakit punggung Atas dan Bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

c. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

d. Oedema Dependen

Oedema dependen atau edema fisiologis yang di alami ibu trimester III, edema terjadi karena penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan, hal ini di tambah dengan penekanan pembuluh darah yang besar di perut sebelah kanan (*vena kava*) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring atau miring ke kanan. Oleh karena itu, ibu hamil trimester III di sarankan untuk berbaring ke arah kiri.

e. Nyeri Ulu Hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III.

Penyebab :

- 1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- 2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- 3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f. Kram Tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

g. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone (Romauli, 2011).

Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Motilitas otot yang polos menurun dapat menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras (Pantiawati, 2010). Konstipasi bila berlangsung lama lebih dari 2 minggu dapat menyebabkan sumbatan/impaksi dari massa feses yang keras (skibala). Skibala akan menyumbat lubang bawah anus dan menyebabkan perubahan besar sudut anorektal. Kemampuan sensor menumpul, tidak dapat membedakan antara flatus, cairan atau feses. Akibatnya feses yang cair akan merembes keluar, skibala juga mengiritasi mukosa rectum, kemudian terjadi produksi cairan dan mucus yang keluar melalui sela-sela dari feses yang impaksi (Romauli, 2011)

Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi adalah tingkatan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan (Hani, 2011).

h. Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan

penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

i. Insomnia

Disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

2.1.4 Kehamilan Dengan Oedema Pada Tungkai

a. Definisi Oedema Tungkai

Oedema merupakan pembengkakan lokal yang dihasilkan oleh cairan dan beberapa sel yang berpindah dari aliran darah ke jaringan interstitial (Robbins et al, 2015). Oedema adalah salah satu tanda adanya inflamasi. Inflamasi merupakan reaksi pertahanan organisme dan jaringan terhadap kerusakan, tujuannya adalah memperbaiki kerusakan atau paling tidak membatasinya serta menghilangkan penyebab kerusakan, seperti bakteri atau benda asing (Silbernagl dan Florian, 2013).

Oedema adalah penimbunan cairan atau bengkak tungkai akibat sirkulasi vena yang terganggu serta tekanan vena yang meningkat didalam tungkai bagian bawah. Oedema pada kehamilan adalah pembengkakan akibat penumpukan cairan berlebih di jaringan, biasanya terjadi pada kaki.

b. Penyebab Oedema secara Fisiologis

Penyebab dari oedema tungkai ketika hamil adalah selama kehamilan tubuh memproduksi dan menahan air lebih banyak dari biasanya, rahim yang terus membesar tentunya akan menekan pembuluh darah di tungkai kaki terutama pada usia kehamilan tua. Hal ini mempengaruhi aliran darah dari jantung dan menyebabkan lebih banyak cairan tertahan di tungkai kaki, sendi dan telapak kaki, berdiri atau duduk dengan telapak kaki di lantai untuk jangka waktu yang lama dapat meningkatkan tekanan ini. Biasanya juga karena kadar protein (albumin) dalam darah yang rendah. Fungsi pompa jantung menurun, sumbatan pembuluh darah atau pembuluh limfe, penyakit liver dan ginjal kronis (Hazel, 2014).

Oedema bisa menunjukkan adanya tanda-tanda bahaya dalam kehamilan apabila oedema dimuka atau di jari, sakit kepala hebat, penglihatan kabur sebagai akibat dari pre-eklampsia (Purwaningsih, 2012). Menurut Tiara (2012) oedema cukup berbahaya bagi ibu hamil karena bisa menyebabkan gangguan pada jantung, ginjal dan lain sebagainya sehingga menyebabkan organ tubuh tersebut tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

c. Gejala Oedema Tungkai

Kaki bengkak akibat perubahan tubuh yang normal (oedema fisiologis) tidak disertai nyeri atau gejala lain dan terjadi mulai kehamilan trimester tiga. Pembengkakan akibat penyakit tertentu (oedema patologis) lebih jarang ditemukan namun lebih berbahaya. Selain pembengkakan tungkai, terdapat gejala penyerta lain sesuai penyebab penyakit. Pembengkakan tungkai akibat preeklampsia (keracunan kehamilan) disertai dengan tekanan darah tinggi dan adanya protein pada urin. Pada preeklampsia berat, gejala dapat disertai nyeri kepala hebat, nyeri perut, muntah, serta gangguan penglihatan. Pada sumbatan pembuluh darah (trombosis vena dalam), pembengkakan terjadi pada salah satu tungkai serta disertai kemerahan dan rasa sakit. Pembengkakan tungkai akibat peradangan jaringan lunak (selulitis) menimbulkan terjadi pada salah satu tungkai dan disertai kemerahan, nyeri, demam, dan panas pada perabaan.

Gejala oedema timbul dengan didahului penambahan berat badan yang berlebihan. Penambahan berat $\frac{1}{2}$ kg seminggu pada ibu hamil dianggap normal, tetapi jika mencapai 1 kg seminggu atau 3 kg dalam sebulan, kemungkinan timbulnya preeklamsi perlu diwaspadai. Penambahan berat badan secara tiba-tiba disebabkan oleh retensi air dalam jaringan dan kemudian terjadilah oedema. Oedema ini tidak hilang dengan istirahat.

d. Cara Memeriksa Oedema

Cara memeriksa oedema pada kaki yaitu dengan cara melihat ada pembengkakan di kaki atau tidak, serta bagian tulang kering (tibia) dengan cara ditekan, jika bekas tekan kembali maka bukan oedema. Penilaian derajat oedema yaitu derajat I apabila kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik, derajat II jika kedalamannya 3-5 mm

dengan waktu kembali 5 detik, derajat III jika kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik dan derajat IV jika kedalamannya 7 mm dengan waktu kembali 7 detik. Sedangkan menurut Fredy (2017) yaitu oedema akan tampak sebagai pembengkakan diatas kulit. Umumnya teraba kenyal, dapat disertai nyeri atau tidak, dapat disertai demam atau tidak

e. Faktor Resiko Kehamilan dengan Oedema Tungkai

Oedema pada tungkai memang sering muncul dan menjadi masalah yang sering terjadi dalam kehamilan, biasanya keluhan ini bersifat fisiologis, namun tidak menutup kemungkinan bawasannya oedema yang muncul merupakan tanda-tanda penyakit yang serius dalam kehamilan salah satunya yakni preeklamsia yang ditandai dengan oedema, hipertensi dan proteinuria.

1) Pengertian

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria Pre-eklamsia dan eklamsia, merupakan kesatuan penyakit, yakni yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal itu terjadi. Preeklampsia diikuti dengan timbulnya hipertensi disertai protein urin dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan.

Diagnosis pre-eklamsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu penambahan berat badan yang berlebihan, oedema, hipertensi dan proteinuria. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 Kg seminggu berapa kali. Oedema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Tekanan darah > 140/90 mmHg atau tekanan sistolik meningkat >30 mmHg atau tekanan diastolik >15 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit.

2) Penyebab

Kaki bengkak saat hamil dapat disebabkan oleh hal normal (fisiologis) dan tidak normal (patologis). Pada saat hamil, secara normal terjadi penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan. Hal ini ditambah dengan penekanan pembuluh darah besar di perut

sebelah kanan (vena kava) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring tertelentang atau miring ke kanan. Oleh karena itu, ibu hamil trimester ketiga disarankan berbaring ke arah kiri. Pembengkakan yang tidak normal dapat disebabkan oleh preeklampsia, selulitis, dan trombosis vena dalam.

Preeklampsia merupakan salah satu penyebab kaki bengkak pada kehamilan yang diwaspadai, karena memberikan risiko tinggi kepada ibu dan bayi. Faktor risiko menderita preeklampsia adalah penderita tekanan darah tinggi yang kronis, usia di bawah 17 tahun atau di atas 35 tahun, riwayat keluarga preeklampsia, diabetes, kehamilan pertama, kehamilan kembar, serta gangguan pembuluh darah. Tanda bahaya pada ibu dengan pembengkakan tungkai antara lain: tekanan darah di atas 140/90 mmHg, pembengkakan salah satu tungkai yang disertai rasa hangat atau merah, serta adanya nyeri kepala atau nyeri perut hebat.

3) Klasifikasi

Pre-eklampsia digolongkan menjadi 2 golongan, yaitu:

a) Pre-eklampsia ringan

Pertambahan berat badan, edema umum di kaki dan muka, hipertensi dengan tekanan darah lebih atau sama dengan 140/90 mmHg, setelah gestasi 20 minggu, proteinuria lebih atau sama dengan 300 mg per liter dan 1+ atau 2+ pada dipstick, dan belum ditemukan gejala-gejala subyektif.

b) Pre-eklampsia berat:

1. Tekanan diastolik >110 mmhg, Protein urin positif
2. Hiperrefleksia, gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, terdapat edema dan sianosis, nyeri kepala, gangguan kesadaran.

4) Etiologi

Sebab pre-eklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberika

jawaban yang memuaskan. Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal hal berikut:

- a) Sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatosa.
- b) Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan.
- c) Sebab terjadinya perbaikan keadaan penderitaan dengan kematian janin dalam uterus.
- d) Sebab jarang terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya.
- e) Sebab timbulnya hipertensi, oedema proteinuria, kejang dan koma (Wiknjosastro, 2014).

Salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan ischaemia rahim dan placenta (ischemia uteroplacentae). Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatosa, hydramnion, kehamilan ganda, multipara, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes, peredaran darah dalam dinding rahim kurang, maka keluarlah zat-zat dari placenta adau desidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi. Tetapi dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit tersebut. Rupanya tidak hanya satu faktor yang menyebabkan pre-eklampsia dan eklampsia (wiknjosastro, 2014).

Pada pemeriksaan darah kehamilan normal terdapat peningkatan angiotensis, renin, dan aldosteron, sebagai kompensasi sehingga peredaran darah dan metabolisme dapat berlangsung. Pada pre-eklampsia dan eklampsia, terjadi penurunan angiotensin, renin, dan aldosteron, tetapi dijumpai oedema, hipertensi, dan proteinuria. Berdasarkan teori iskemia implantasi plasenta, bahkan trofoblas akan diserap kedalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteriol dan tertahannya garam dan air (Manuaba, 2010).

Teori iskemia daerah implantasi plasenta, didukung kenyataan sebagai berikut:

- a) Pre-eklampsia dan eklampsia lebih banyak terjadi pada primigravida, hamil ganda, dan mola hidatosa.
- b) Kejadiannya makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan.
- c) Gejala penyakitnya berkurang bila terjadi kematian janin.

Dampak terhadap janin, pada pre-eklampsia / eklampsia terjadi vasospasmus yang menyeluruh termasuk spasmus dari arteriol spiralis desidua dengan akibat menurunnya aliran darah ke plasenta. Dengan demikian terjadi gangguan sirkulasi fetoplacental yang berfungsi baik sebagai nutritive maupun oksigenasi. Pada gangguan yang kronis akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin didalam kandungan disebabkan oleh mengurangnya pemberian karbohidrat, protein, dan faktor faktor pertumbuhan lainnya yang seharusnya diterima oleh janin.

5) Gangguan Klinis

- a) Sakit kepala terutama daerah frontal
- b) Rasa nyeri daerah epigastrium
- c) Gangguan penglihatan
- d) Terdapat mual samapi muntah
- e) Gangguan pernapasan sampai sianosis
- f) Gangguan kesadaran.

6) Diagnosis

Pada umumnya diagnosis diferensial antara preeklampsia dengan hipertensi manahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran. Pada hipertensi manahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil pada keadaan muda atau bulan postpartum akan sangat berguna untuk membuat diagnosis. Untuk diagnosis penyakit ginjal saat timbulnya proteinuria banyak menolong. Proteinuria pada pre-eklampsia jarang timbul sebelum TM ke 3, sedangkan pada penyakit ginjal timbul lebih dulu.

7) Pencegahan

Belum ada kesepakatan dalam strategi pencegahan pre-eklamsia. Beberapa penelitian menunjukkan pendekatan nutrisi (diet rendah garam, diet tinggi protein, suplemen kalsium, magnesium dan lain lain). Atau medikamentosa (teofilin, antihipertensi, diuretic, aspirin) dapat mengurangi timbulnya preeklamsia.

8) Penanganan pada Preeklamsia Berat

- a) Jika setelah penanganan diastolic lebih dari 110 mmHg tetap beri obat anti hipertensi sampai tekanan diastolik di antara 90-100 mmHg.
- b) Pasang infus dengan jarum besar (16 atau lebih besar).
- c) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi overload cairan.
- d) Kateterisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan proteinuria.
- e) Jika jumlah urin kurang dari 30 ml/jam, hentikan magnesium sulfat dan berikan cairan IV NaCl 0,9% atau Ringer laktat 1 L/8 jam dan pantau kemungkinan oedema paru.
- f) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- g) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung tiap jam.
- h) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda oedema paru.
- i) Hentikan pemberian cairan IV dan beri diuretic (mis: furosemid 40 mg IV sekali saja jika ada edema paru).
- j) Nilai pembekuan darah jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit (kemungkinan terdapat koagulopati).x

2.1.5 Penatalaksanaan Kehamilan Dengan Oedema Tungkai

Penanganan yang dapat dilakukan untuk kehamilan dengan Oedema pada Tungkai yaitu :

a. ANC (Antenatal Care) Terpadu

1) Definisi

Menurut “Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Dasar” (2004) pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan (Kumalasari, 2015).

Perawatan kehamilan adalah perawatan yang ditunjukkan kepada ibu hamil, yang bukan hanya apabila ibu sakit dan memerlukan perawatan, melainkan juga pengawasan dan penjagaan anita hamil agar tidak terjadi kelainan sehingga mendapatkan ibu dan anak sehat.

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 dan bayinya dengan menegakan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan

2) Tujuan ANC (Antenatal Care)

Menurut Vivian (2010) tujuan ANC (Antenatal Care), diantaranya :

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 diberikan.
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.

3) Frekuensi kunjungan ANC (Antenatal Care)

Dilakukan minimal 4 kali selama hamil. Berikut tabel kunjungan ANC.

Tabel 2.1 Kunjungan ANC

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 Minggu	1.) Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa. 2.) Mencegah masalah, contoh : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisiona yang berbahaya. 3.) Mendorong perilaku sehat
Trimester II	14-28 minggu	Sama dengan trimester I ditambah dengan kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia memantau tekanan darah, dan evaluasi edema).
Trimester III	a. 28-36 minggu b. Setelah 36 Minggu	1.) Deteksi kehamilan ganda 2.) Deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan dengan operasi

4) Manfaat

Menurut Vivian (2010) manfaat (Antenatal Care), diantaranya :

- a) Ibu dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan, dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan
- b) Bayi yang 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.

5) Standar Pemeriksaan Ibu Hamil

Standar kualitas pelayanan antenatal yang diberikan kepada ibu hamil yaitu Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2010) :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b) Pemeriksaan tekanan darah
- c) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
- d) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- g) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- h) Test laboratorium (rutin dan khusus).
- i) Tatalaksana kasus
- j) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

6) Score Puji Rohjati

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

Keterangan jumlah skor:

- a) Skor 2 : Kehamilan resiko rendah, perawatan oleh bidan, tidak dirujuk.
- b) Skor 6 – 10 : Kehamilan resiko tinggi, perawatan oleh bidan dan dokter, rujukan di bidan dan puskesmas.
- c) Skor > 12 : Kehamilan resiko sangat tinggi, perawatan oleh dokter, rujukan di rumah sakit.

7) Pemeriksaan Lab Pada Ibu Hamil

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

a) Hematologi Lengkap

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

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

Tujuannya yaitu :

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

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

b) Glukosa

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

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

c) Virus Hepatitis

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

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

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

d) Serologi

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

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

e) Anti HIV

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

f) Urine (Urinalisa)

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

g) Hormon Kehamilan

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

1. Hormon bHCG darah, yaitu hormon kehamilan dalam darah untuk mendeteksi kehamilan di trimester awal yang meragukan karena belum tampak pada USG.

2. Hormon Progesteron: Hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah hormon ini cukup kadarnya atau perlu suplemen progesteron dari luar.
3. Hormon Estradiol: hormon yang mensupport kehamilan, untuk mendeteksi apakah kadarnya normal atau tidak

h) Virus TORCH

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

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

Idealnya tes dilakukan pada trimester pertama begitu positif hamil. Tujuannya untuk mengenali status kesehatan ibu hamil dan infeksi yang ada bisa segera mendapat terapi.

Pada awal trimester ketiga sebaiknya beberapa pemeriksaan dicek ulang seperti hematologi, tes glukosa darah dan urinalisa. Hal ini untuk mengevaluasi ulang karena

pada trimester ketiga beberapa penyakit bisa muncul seperti diabetes dan preeklamsia. Selain itu kondisi anemia bisa muncul kembali akibat hemodilusi pada tubuh ibu hamil.

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

2.1.6 Manajemen SOAP Pada Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menurut Rini dan Triwik (2017) dalam pendokumentasian asuhan SOAP pada kehamilan, yaitu :

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama : Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur :

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

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 follow up terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama

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

3) Riwayat Menstruasi

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

4) Riwayat Perkawinan

Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya

merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini.

6) Riwayat Hamil Sekarang

Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin. Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan.

7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi

Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka. Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir.

8) Riwayat Penyakit Keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.

9) Riwayat Gynekologi

Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya.

10) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini.

11) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi :

Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang. Sedangkan makanan yang harus

dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta kafein dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Mochtar, 2011).

b) Pola Eliminasi :

Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Mochtar, 2011).

c) Pola Istirahat :

Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam.

d) Psikososial :

Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar. Data sosial yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

b) Kesadaran :

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

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.

2) 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 Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

g) Perut :

1. Inspeksi :

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

2. Palpasi :

Leopold 1 :

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

Leopold 2 :

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

Leopold 3 :

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

Leopold 4 :

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

h) Ano-Genetalia :

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

i) Ektremitas :

Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin :

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10gr/dL.

- b) Golongan darah :
Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).
- c) USG :
Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).
- d) Protein urine dan glukosa urine : Urine negative untuk protein dan glukosa.
- e) Tafsiran Berat Janin :
Berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohson, yaitu:

Pada ibu bersalin dengan kasus oedema tungkai fisiologis didapati penatalaksanaan berikut:

- a. Kala I
 - 1) Melakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi mengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi urine, aseton, dan protein (WHO, 2013).
 - 2) Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
 - 3) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
 - 4) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil.
 - 5) Menghadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
 - 6) Mengajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
 - 7) Memberikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.

8) Menginformasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Mengajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal
 - Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul.
Berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram
 - Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul.
Berat janin = $(TFU - 11) \times 155$ gram

c. Assesment

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

Dx : G... P... Ab... Usia Kehamilan 37-38 minggu Janin T/H/I dengan masalah yang didapatkan dari pemeriksaan subyektif dan obyektif.

(Pada langkah ini kita juga harus mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan keluhan pasien. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisii klien).

Keterangan:

G : Gravida beberapa atau hamil beberapa.

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

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

d. Penatalaksanaan

Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini.

- 1) Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi dengan porsi seimbang serta meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein serta mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat dan lemak.
- 2) Menganjurkan ibu istirahat yang cukup untuk menjaga kondisi badannya agar tetap sehat dengan berbaring diatas kasur atau sofa yang nyaman dengan posisi kaki lebih tinggi dari bagian atas tubuh.
- 3) Menganjurkan ibu untuk memilih alas kaki yang nyaman dengan alas kaki bersol datar.
- 4) Menganjurkan ibu untuk mengurangi pekerjaan yang berat dan mengurangi duduk yang terlalu lama.
- 5) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemijatan pada kaki secara lembut agar melancarkan peredaran darah.
- 6) Menganjurkan ibu untuk lebih sering menggerakkan pergelangan kaki dengan gerakan memutar
- 7) Menganjurkan ibu untuk melakukan relaksasi di pagi hari.
- 8) Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil.
- 9) Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang telah diberikan oleh bidan yaitu Kalk 1x/hari dan tablet fe 3x/hari.
- 10) Memberikan konseling tentang tanda bahaya kehamilan trimester II dan III.
- 11) Menganjurkan ibu melakukan kontrol ulang ke petugas kesehatan 2 minggu lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.

2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Kuswanti & Meilina, 2017).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan merupakan hal yang paling ditunggu-tunggu oleh para ibu hamil, sebuah waktu yang menyenangkan, namun disisi lain merupakan hal yang paling mendebarkan (Kuswanti & Meilina, 2017)

2.2.2 Sebab Mulainya Persalinan

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

a. Penurunan hormone progesterone

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

b. Teori *oxytocin*

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

c. Ketegangan otot-otot

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

d. Pengaruh janin/fetal *cortisol*

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

e. Teori prostaglandin

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

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

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

a. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 minggu kehamilan, tanda pada primigravida adalah terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan kontraksi Braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala kea rah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

- a) Ringan di bagian atas perut, dan rasa sesaknya berkurang.
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- c) Kesulitan berjalan.
- d) Sering buang air kecil.

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga faktor yaitu power, passage, dan passanger. Sedangkan pada multipara gambarannya tidak begitu jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Sejak trimester pertama kehamilan uterus mengalami kontraksi ringan. Pada trimester II dapat dideteksi dengan

pemeriksaan bimanual. Fenomena ini telah dikemukakan pertama kali oleh Braxton hicks pada tahun 1872 sehingga disebut sebagai kontraksi Braxton hicks. Sampai bulan terakhir kontraksi jarang dan akan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Kontraksi ini terjadi karena adanya perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron sehingga terjadi peningkatan jumlah reseptor oksitosin dan gap junction diantara sel-sel miometrium.

Semakin tuanya kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesteron semakin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, yang dikenal dengan HIS palsu, dengan sifat sebagai berikut:

Rasa nyeri ringan dibagian bawah

- a) Datangnya tidak teratur
- b) Tidak ada perubahan pada servik atau pembawa tanda
- c) Durasinya pendek
- d) Tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

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

1) Terjadinya his

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut His efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang sering, lama his berkisar 45-60 detik.

His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

- a.) Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
- b.) Teratur dengan interval yang mungkin pendek dan kekuatannya semakin besar.
- c.) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.

- d.) Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.
- 2) Keluarnya lender bercampur darah (bloody show)
Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.
- 3) Terkadang disertai ketuban pecah
Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Akan tetapi, apabila persalinan tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum atau section caesarea.
- 4) Dilatasi dan effacement
Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power / Tenaga

Power atau tenaga untuk mendorong anak dibagi menjadi dua yakni:

1.) His

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

2.) Tenaga mengejan

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

b. Passage (Jalan Lahir)

Faktor paling penting dalam menentukan proses persalinan salah satunya adalah pelvis minor yang tersusun dari tulang-tulang yang kokoh dan kemudian dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvis minor dibagi menjadi 3 bagian yakni:

1) Pintu Atas Panggul/PAP

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

2) Cavum Pelvis

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

- Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis
- Lateral : 1/3 bagian atas dan tengah foramen obsturatorium
- Posterior : Hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga. ukuran depan belakang 12,75 cm dan Ukuran melintangnya 12.5 cm.

3) Bidang sempit panggul

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

4) Pintu bawah panggul

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

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

c. Passenger (Isi Kehamilan)

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

Adapula faktor kelainan genetik dan juga kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan menjadi tidak normal misalnya :

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

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

2.2.5 Mekanisme Persalinan

a. Penurunan

Pada primipara kepala janin turun ke rongga panggul/ masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulainya persalinan. Masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang, Penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu.

Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah tengah jalan lahir atau PAP) asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisi pubis).

b. Fleksi

Semakin turun ke rongga panggul, kepala kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di Hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksibregmatika (9,5 cm).

c. Putar paksi dalam

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi/putaran paksi dalam yaitu UUK memutar kearah depan (UUK berada di bawah simfisis).

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan UUK berada di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan akhirnya dagu.

e. Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

f. Ekspulsi

Setelah kepala lahir, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trochanter depan terlebih dahulu, kemudian trochanter belakang. Maka lahirlah bayi seluruhnya (ekspulsi) (Lailiyana, 2011).

2.2.6 Tahapan Persalinan (Kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

a. Kala I (pembukaan)

Merupakan waktu untuk pembukaan servik sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (efficement). Darah berasal dari

pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu :

1.) Fase laten

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)

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 terpinpin, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

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

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

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

2.2.7 Resiko Dalam Persalinan Yang Muncul Karena Preeklamsi

a. Eklamsia

Eklamsia adalah terjadinya kejang pada seorang wanita dengan preeklamsia yang tidak dapat disebabkan oleh hal lain. Kejang bersifat grand mal atau tonik-tonik generalisata dan mungkin timbul sebelum, selama atau setelah persalinan. Pada umumnya kejang dimulai dari makin memburuknya preeklamsia dan terjadinya gejala nyeri kepala daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, nyeri epigastrium dan hiperfleksia (Prawirohardjo, 2013).

b. Penanganan kejang/ eklamsia

- 1) Berikan obat anti kejang.
- 2) Perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, penghisap lendir, masker oksigen, oksigen).
- 3) Lindungi pasien dari kemungkinan trauma.

- 4) Aspirasi mulut dan tenggorokan.
- 5) Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi trendelenburg untuk mengurangi resiko aspirasi.
- 6) Berikan O2 4-6 liter/menit.

2.2.8 Manajemen SOAP pada Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Rini dan Triwik (2017) dalam pendokumentasian asuhan SOAP pada Persalinan, yaitu :

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama : Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur :

Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre- eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

c) Suku/Bangsa :

Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan 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 dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.

g) Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama :

Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).

3) Pola Nutrisi :

Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan.

4) Pola Eliminasi :

Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam.

5) Pola Istirahat :

Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik.

b) Kesadaran :

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

c) Keadaan Emosional : Stabil.

d) Berat Badan : Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.

e) Tanda-tanda Vital :

Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka :

Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon (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) Payudara :

Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara 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.

d) Ekstremitas :

Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleksi patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri:

1. Abdomen

Inspeksi : Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon.

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 bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011).

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur.

Auskultasi :

Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

Bagian Terendah :

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi.

Kontraksi : Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu.

b) Gynekologi :

1. Ano – Genetalia

Inspeksi : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).

Vaginal Toucher : Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan

adaptasi janin dengan panggul ibu. Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011).

Kesan Panggul : Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan. Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin :

Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal.

b) Cardiotocography (CTG):

Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.

c) USG :

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2011).

d) Protein Urine dan glukosa urine : Urine negative untuk protein dan glukosa.

c. Assesment

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

Dx : G....P.... Ab....

Keterangan:

G : Gravida beberapa atau hamil beberapa.

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

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

d. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu bersalin disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu.

Pada ibu bersalin dengan kasus oedema tungkai fisiologis didapati penatalaksanaan berikut:

a. Kala I

- 1) Melakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi mengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi urine, aseton, dan protein (WHO, 2013).
- 2) Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
- 4) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Menghadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Mengajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Memberikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Menginformasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Mengajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamildan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2013)

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

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Sutanto (2018), tujuan dari asuhan masa nifas yaitu:

- a. Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
- b. Menjaga kesehatan ibu dan bayi.
- c. Penyediaan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi ibu bersalin.
- d. Menghilangkan terjadinya anemia.
- e. Pencegahan terhadap infeksi dengan memperhatikan keberhasilan dan sterilisasi.
- f. Pergerakan otot yang cukup besar agar tonus otot menjadi lebih baik, peredaran darah menjadi lebih lancar dengan demikian otot akan mengadakan metabolisme lebih cepat.
- g. Menjaga kebersihan diri dan pemberian KIE rawat luka episiotomi.
- h. Melaksanakan screening secara komprehensif mengenai keadaan umum ibu, tanda vital dan involusi uteri.
- i. Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara.
- j. Pendidikan tentang peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
- k. Konseling Keluarga Berencana (KB).

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Menurut Nugroho, dkk, 2014 tahapan masa nifas meliputi

- a. Puerperium dini
Suatu kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan
- b. Puerperium intermedial
Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih enam minggu
- c. Remote puerperium
Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.3.4 Tanda – Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

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

(sumber : Protap untuk kebidanan buku 1, 2014)

2.3.5 Kebutuhan Masa Nifas

- a. Fisik.
Istirahat, makan-makanan bergizi, personal hygiene, udara segar, lingkungan yang bersih.
- b. Psikologi.
Distres saat persalinan segera distabilkan dengan sikap bidan atau keluarga yang menunjukkan rasa nyaman, mengakui dan menghargai.
- c. Sosial.
Kebutuhan akan rasa sayang, memerlukan perhatian dan hiburan serta menanggapi bila membutuhkan sesuatu.
- d. Pendidikan atau KIE.
KIE terutama ditunjukkan pada ibu-ibu yang belum berpengalaman mempunyai anak atau merawat anak.

2.3.6 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

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

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

1) Involusi Uterus

Merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus antara lain: iskemia miometrium, atrofi jaringan, autolysis, efek oksitosin. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perubahan Normal Pada Uterus

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

(Sumber: Setyo, 2011).

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

a) Iskemia Miometrium

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

b) Autolisis

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

c) Efek Oksitosin

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

2) Involusi tempat Plasenta

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

3) Perubahan Ligamen

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

4) Perubahan Serviks

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

5) Lochea

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

Tabel 2.3 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
Sanguilenta	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

6) Perubahan Vulva, vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan baik secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu (Damai, 011).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

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

1) Nafsu Makan

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

2) Motilitas

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

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan,

kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir (Damai, 2011).

c. Perubahan Sistem Urinarius

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

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

- 1) Hemostatis Internal.
- 2) Keseimbangan Asam Basa Tubuh.
- 3) Pengeluaran sisa Metabolisme.

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

- 1) Adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
- 2) Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- 3) Depresi dan Sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi (Damai, 2011).

d. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan pada proses ini adalah :

1) Hormon Plasenta

Hormon ini menurun secara cepat pasca persalinan yang menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon Pituitary

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

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

4) Hormon Oksitosin

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

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

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

e. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu (Nurul Janah, 2011).

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

1) Suhu Badan

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

2) Nadi

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

3) Tekanan Darah

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

4) Pernapasan

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

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

- 1) Denyut jantung, volume secukupnya, dan curah jantung meningkat selama hamil.
- 2) Segera Setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi utero / plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.
- 3) Nilai curah jantung mencapai puncak selama awal puerperium 2-3 minggu setelah melahirkan curah jantung berada pada tingkat sebelum hamil (Nurul Janah, 2011).

h. Perubahan Sistem Hematologi

- 1) Leukosit normal selama kehamilan rata-rata $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara $15.000-20.000/\text{mm}^3$ merupakan hal umum.
- 2) Kadar hemoglobin dan hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa postpartum sebagai akibat volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.
- 3) Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca-persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula (Nurul Janah, 2011)

2.3.7 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (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 dialaminya dari awal-akhir.

b. Fase *Taking Hold*

Fase *Taking Hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c. Fase *Letting Go*

Fase *Letting Go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3.8 Kunjungan Nifas

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

a. Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- 1) Menecegah perdarahan waktu.
- 2) Nifas karena atonia uteri.
- 3) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- 4) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak.
- 5) Pemberian ASI awal.
- 6) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
- 7) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia.

b. Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan

Tujuan:

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan normal.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit.

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

e. Resiko dalam Masa Nifas yang Muncul Akibat Pre-eklamsia

Pre-eklamsia dalam kehamilan selain beresiko pula pada persalinan juga dapat menyumbang munculnya permasalahan pada masa nifas. Beberapa resiko yang muncul pada masa nifas yang berkaitan dengan pre-eklamsia yakni HPP (Hemorrhagic Postpartum).

1) Pengertian

Perdarahan setelah melahirkan atau hemorrhagic post partum (HPP) adalah konsekuensi perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya. Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran perdarahan post partum yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak.

2) Penyebab

a) Atonia uteri

Keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Pada atonia uteri uterus terus tidak mengadakan kontraksi dengan baik, dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.

Preeklamsia sejauh ini belum dijadikan sebagai salah satu faktor risiko terjadinya atonia uteri karena penelitian yang dilakukan terkait hubungan keduanya masih sangat variatif hasilnya. Belum diketahui secara jelas apakah penyebab terjadinya atonia uteri pada wanita dengan preeklamsia adalah penyakit preeklamsianya sendiri, atau disebabkan karena faktor lainnya, misalnya penggunaan magnesium sulfat sebagai pencegah terjadinya kejang pada wanita hamil dengan preeklamsia. Magnesium sulfat sendiri diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan post partum melalui beberapa mekanisme yaitu vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), efek tokolitik (mencegah kontraksi rahim), serta inhibisi

aktivasi trombosit. Efek tokolitik dari obat ini yang secara teori dapat meningkatkan risiko terjadinya atonia uteri.

Meskipun tidak diketahui dengan jelas apakah preeklamsia dapat meningkatkan risiko terjadinya atonia uteri, namun preeklamsia dapat meningkatkan risiko perdarahan post partum melalui mekanisme lainnya. Wanita dengan preeklamsia dapat mengalami suatu komplikasi yang berbahaya yang disebut dengan sindrom HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count). Pada kondisi ini, perdarahan post partum dapat terjadi karena rendahnya jumlah trombosit sehingga proses pembekuan darah dapat terganggu. Perlu diketahui juga bahwa normalnya, wanita hamil akan mengalami ekspansi volume darah. Ekspansi volume darah ini menyebabkan terjadinya perdarahan yang cukup banyak saat proses persalinan tidak menimbulkan gangguan sirkulasi (peredaran darah) saat persalinan. Pada wanita yang mengalami preeklamsia, ekspansi volume darah ini pun tidak sebanyak (tidak adekuat) sebagaimana wanita hamil tanpa preeklamsia, sehingga perdarahan dalam jumlah lebih sedikitpun bisa berpotensi menimbulkan gangguan sirkulasi

b) Retensio plasenta

Plasenta tetap tertinggal dalam uterus 30 menit setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala II dapat disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.

c) Robekan jalan lahir

Perdarahan dalam keadaan di mana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

3) Klasifikasi

- a) Perdarahan post partum primer/dini (early post partum hemorrhage): Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utamanya adalah atonia uteri, retention plasenta,

sis plasenta dan robekan jalan lahir. Banyaknya terjadi pada 2 jam pertama.

b) Perdarahan post partum sekunder/lambat (late post partum hemorrhage): perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama.

4) Diagnosis

Untuk membuat diagnosis perdarahan postpartum perlu diperhatikan ada perdarahan yang menimbulkan hipotensi dan anemia, apabila hal ini dibiarkan berlangsung terus, pasien akan jatuh dalam keadaan syok. Perdarahan post partum tidak hanya terjadi pada mereka yang mempunyai predisposisi, tetapi pada setiap persalinan kemungkinan untuk terjadinya perdarahan postpartum selalu ada.

Perdarahan yang terjadi dapat deras atau merembes. perdarahan yang deras biasanya akan segera menarik perhatian, sehingga cepat ditangani sedangkan perdarahan yang merembes karena kurang nampak sering kali tidak mendapat perhatian. Perdarahan yang bersifat merembes bila berlangsung lama akan mengakibatkan kehilangan darah yang banyak.

Untuk menentukan jumlah perdarahan, maka darah yang keluar setelah uri lahir harus ditampung dan dicatat. Kadang-kadang perdarahan terjadi tidak keluar dari vagina, tetapi menumpuk di vagina dan di dalam uterus. Keadaan ini biasanya diketahui karena adanya kenaikan fundus uteri setelah urin keluar. Untuk menentukan etiologi dari perdarahan postpartum diperlukan pemeriksaan lengkap yang meliputi anamnesis pemeriksaan umum, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam.

5) Pencegahan dan Penanganan

Cara yang terbaik untuk mencegah terjadinya perdarahan post partum adalah memimpin kala II dan kala III persalinan secara benar. Apabila persalinan diawasi oleh seorang dokter spesialis obstetric dan ginekologi ada yang menganjurkan untuk memberikan suntikan ergometrin secara IV setelah anak lahir dengan tujuan untuk mengurangi jumlah perdarahan yang terjadi.

Penanganan umum pada perdarahan post partum:

- a) Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
- b) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan)
- c) Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).
- d) Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat
- e) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi
- f) Atasi syok
- g) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, berikan uterotonika 10 IU)
- h) IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit.
- i) Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap. Eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- j) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
- k) Pasang kateter tetap dan lakukan pemantauan input-output cairan
- l) Cari penyebab perdarahan dan lakukan penanganan spesifik
- m) Bila memang penyebab perdarahan yakni atonia uteri segera lakukan KBI-KBE.

2.3.9 Manajemen SOAP pada Asuhan Kebidanan Nifas

Menurut Rini dan Triwik (2017) dalam pendokumentasian asuhan SOAP pada ibu nifas , yaitu :

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a) Nama : Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur :

Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan koagulasi, respon inflamasi yang lebih lambat dan penurunan aktivitas fibroblast.

c) Suku/Bangsa :

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari (Pola nutrisi, pola eliminasi, personal hygiene, pola istirahat dan aktivitas) 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 dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.

f) Pekerjaan :

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.

g) Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama :

Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

3) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi :

Ibu nifas harus mengonsumsi 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.

2) Pola Eliminasi :

Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc. Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

3) Personal Hygiene :

Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan.

4) Istirahat :

Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya.

5) 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.

6) Hubungan Seksual :

Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual.

4) Data Psikologis

- a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan

emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka. 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.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran :

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

- c) Keadaan Emosional: Stabil.
- d) Tanda-tanda Vital

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca partum. Sedangkan fungsi pernapasan kembali pada keadaan normal selama jam pertama pasca partum.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara :

Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan

areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui. Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

b) Perut :

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut. Pada beberapa wanita, linea nigra dan stretchmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi. Tinggi fundus uteri pada masa nifas dapat dilihat pada tabel 2.8 untuk memastikan proses involusi berjalan lancar.

c) Vulva dan Perineum

1. Pengeluaran Lokhea: Menurut Mochtar (2011), jenis lokhea diantaranya adalah:

- 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.
- Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
- 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.
- Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
- Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.

2. Luka Perineum : Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan.

3. Ekstremitas : Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan. Jika pada masa kehamilan muncul spider nevi, maka akan menetap pada masa nifas.

3) 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.

c) **Assesment**

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

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

Keterangan:

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

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

d) **Penatalaksanaan**

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya.
- 2) KIE pada ibu tentang kebutuhan nutrisi, istirahat, personal hygiene, dan perawatan payudara, ibu mengerti.
- 3) Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti.
- 4) Melakukan evaluasi pada luka jahitan, luka jahitan belum kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- 5) Menjadwalkan kunjungan ulang, paling sedikit 3 kali kunjungan selama masa nifas untuk mengontrol dan memantau kondisi ibu dan bayi kunjungan selanjutnya, ibu mengerti dan bersedia kontrol.

2.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR NORMAL

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir atau keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan lahir (liang vagina) atau melalui tindakan medis dalam kurun waktu 0 sampai 28 hari. (Padila, 2014).

Bayi baru lahir normal adalah bayi berat badan 2500 gram sampai dengan masa kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu. Bayi baru lahir dengan 0-7 hari disebut dengan neonatal sedangkan 0-28 hari disebut dengan neonatal lanjut.

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

2.4.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

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

Beberapa tujuan asuhan bayi baru lahir antara lain :

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

2.4.3 Lingkungan Adaptasi Bayi Baru Lahir

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

Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran adalah:

a. Perubahan Metabolisme Karbohidrat

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

b. Perubahan Suhu Tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu yang ada di rahim. Apabila bayi dibiarkan disuhu ruangan, bayi akan mengalami kehilangan suhu melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 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. Te sirkulasi yang baik pada bayrjadi dua perubahan besar yang membuat sirkulasi yang baik pada baru lahir diluar rahim :

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

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 lender.

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

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

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

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

2.4.5 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Penilaian APGAR SCORE Menurut (Saifuddin, 2013) Yaitu :

Tabel 2.4
Penilaian APGAR

Tanda	0	1	2
Appearance	Biru, pucat, tungkai biru	Badan pucat, Muda	Semuanya merah
Pulse	Tidak teraba	<100	<100
Grimace	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/ fleksi tungkai	Aktif/ fleksi tungkai baik/ reaksi melawan
Respiratory	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber : Walyani dan Endang, 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Bagian Asuhan Segera Pada Bayi Segera Setelah Lahir, Yogyakarta, halammam 143

Hasil nilai APGAR score dinilai setiap variabel dinilai dengan angka 0,1 dan 2, nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan keadaan bayi sebagai berikut :

- a. Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik (vigrous baby)
- b. Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi.
- c. Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi

Memberikan jalan nafas :

Bayi normal akan menangis spontan segera lahir,. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan sebagai berikut :

- a. Letakan bayi pada posisi telentang ditempat yang keras dan hangat.
- b. Gulung sepotong kain dan letakan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lama dan kepala tidak menekuk, posisi kepala diatur lurus seikit tengadah ke belakang.
- c. Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- d. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanak 3-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar

2.4.6 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 milietus, ibu mempunyai penyakit bawaan, kemngkinan 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.

2.4.7 Bounding Attachment

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

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

2.4.8 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

a. Refleks Glabella

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

b. Refleks hisap

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

c. Reflek mencari (rooting)

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

d. Refleks genggam (palmar grasp)

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

e. Refleks babinski

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

f. Refleks moro

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

g. Refleks tonik leher atau "fencing"

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

h. Refleksi ekstrusi

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

i. Refleksi melangkah

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

j. Refleksi merangkak

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

2.4.9 Resiko Bayi Baru Lahir Pada Ibu Dengan Pre-Eklampsia

a. Risiko yang Muncul Akibat Pre-eklampsia Pada Kehamilan Bagi Bayi

Selain pada ibu, pre-eklampsia juga bisa berdampak pada bayi dalam kandungan. Besar dampak yang bisa dialami oleh bayi dalam kandungan tergantung dari usia kehamilan saat ibu mengalami pre-eklampsia dan seberapa parah tingkat tekanan darah tinggi ibu. Namun, dampak utama pre-eklampsia yang bisa diterima bayi adalah bayi kekurangan nutrisi karena tidak memadainya aliran darah rahim-plasenta. Hal ini bisa menyebabkan keterlambatan pertumbuhan bayi dalam kandungan, sehingga berat badan bayi lahir rendah serta kelahiran prematur, atau bayi lahir mati (stillbirth).

b. Penatalaksanaan

Konsekuensi dari anatomi dan fisiologi yang belum matang menyebabkan BBLR cenderung mengalami masalah yang bervariasi.

Adapun penatalaksanaan BBLR yaitu:

1.) Dukungan respirasi

Tujuan utama dalam asuhan bayi risiko tinggi adalah mencapai dan mempertahankan respirasi. Bayi berat lahir rendah mempunyai risiko mengalami defisiensi surfaktan dan periodik apneu. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan napas, merangsang pernapasan, diposisikan miring untuk mencegah aspirasi, posisikan tertelungkup jika mungkin, karena posisi ini

menghasilkan oksigenasi yang lebih baik, dan terapi oksigen diberikan berdasarkan kebutuhan dan penyakit bayi.

2.) Termoregulasi

Pencegahan kehilangan panas pada bayi distress sangat dibutuhkan karena produksi panas merupakan proses yang kompleks dan melibatkan sistem kardiovaskular, neurologis, dan metabolik.

Beberapa cara penghangatan dan mempertahankan suhu tubuh bayi dapat dilakukan melalui:

- a) Kangaroo Mother Care atau kontak kulit dengan kulit antara bayi dengan ibunya.
- b) Pemancar pemanas
- c) Ruangan yang hangat
- d) Inkubator

3.) Perlindungan terhadap infeksi

Pada BBLR, imunitas seluler dan humoral masih kurang sehingga sangat rentan terhadap penyakit. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah infeksi, yaitu:

- a) Semua orang yang akan mengadakan kontak dengan bayi harus cuci tangan terlebih dahulu.
- b) Peralatan yang digunakan dalam asuhan bayi harus dibersihkan secara teratur. Ruang perawatan bayi juga harus dijaga kebersihannya.
- c) Petugas dan orang tua yang memiliki penyakit infeksi tidak boleh memasuki ruang perawatan bayi sampai mereka dinyatakan sembuh atau disyaratkan agar memakai alat pelindung seperti masker ataupun sarung tangan untuk mencegah penularan.

4.) Hidrasi

Bayi risiko tinggi sering mendapat cairan parenteral untuk asupan tambahan kalori, elektrolit, dan air. Hidrasi yang adekuat sangat penting pada bayi preterm karena kandungan air ekstraselulernya lebih tinggi (70% pada bayi cukup bulan dan sampai 90% pada bayi preterm).

5.) Pengawasan Nutrisi

Nutrisi yang optimal sangat penting dalam manajemen bayi BBLR tetapi terdapat kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi tersebut karena berbagai mekanisme ingesti dan digesti makanan belum berkembang sempurna. Jumlah, jadwal, dan metode pemberian nutrisi ditentukan oleh ukuran dan kondisi bayi. Nutrisi dapat diberikan melalui parenteral, enteral ataupun dengan kombinasi keduanya. Pada bayi dengan reflek menghisap dan menelan yang kurang, nutrisi dapat diberikan melalui sonde ke lambung.

2.4.10 Manajemen SOAP Pada Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)

Menurut Rini dan Triwik (2017) dalam pendokumentasian asuhan SOAP pada Bayi Baru Lahir, yaitu :

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

a) Nama : Untuk mengenal bayi.

b) Jenis Kelamin :

Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genitalia.

c) Anak ke :

Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.

2) Identitas Orangtua

a) Nama : Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur :

Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.

c) Suku/Bangsa :

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

d) Agama :

Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.

e) Pendidikan :

Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.

f) Pekerjaan :

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.

g) Alamat :

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi.

3) Data Kesehatan

a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera.

b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

b) Tanda-tanda Vital :

Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C.

c) Antropometri :

Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35

cm). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali.

d) Apgar Score :

Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik.

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

a) Kulit :

Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau sianosis dengan atau tanpa tanda-tanda distress pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tandatanda infeksi dan trauma .

b) Kepala :

Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

c) Mata :

Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan.

d) Telinga :

Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal.

e) Hidung : Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.

f) Mulut :

Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing).

g) Leher :

Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya

lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21.

h) Klavikula :

Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali.

i) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).

j) Umbilikus :

Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket.

k) Ekstremitas :

Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma.

l) Punggung :

Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut.

m) Genetalia :

Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya.

n) Anus :

Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani.

o) Eliminasi :

Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah.

3) Pemeriksaan Refleks

a) Refleks Glabella

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

b) Refleks hisap

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

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).

c. Assesment

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010).

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti.
- 2) Mengoleskan salep mata pada bayi, salep mata telah dioleskan.
- 3) Memberi suntikan vitamin K1 0,5 cc pada bayi dipaha bagian kiri, vitamin K1 telah di suntikkan.
- 4) Memberikan suntikan Hb0 pada bayi dipaha bagian kanan, Hb0 telah di suntikkan.
- 5) Menganjurkan ibu dan keluarga agar bayi tetap berada di dekat ibu untuk menciptakan bonding antara ibu dan bayi, ibu mengerti dan bersedia melakukan.
- 6) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, ibu mengerti dan dapat menyusui dengan benar.
- 7) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan, ibu mengerti dan bersedia melakukan.

2.5 Konsep Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

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

2.5.2 Tujuan Program KB

Menurut (Walyani, 2015) program keluarga berencana memiliki tujuan:

a. Tujuan umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

- b. Tujuan khusus
Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kehamilan.

2.5.3 Sasaran program KB

Menurut (Setiyaningrum & Zulfa, 2014) sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Sasaran langsung
Pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- b. Sasaran tidak langsung
Pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijakan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

2.5.4 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

- a. Ibu
Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.
 - 1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksi.
 - 2) Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.
- b. Suami
Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:
 - 1) Memperbaiki kesehatan fisik.
 - 2) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.
- c. Seluruh Keluarga
Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan social setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat

memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuannya.

- d. Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut.
- e. Keluarga berencana.
- f. Kesehatan reproduksi remaja.
- g. Kesehatan dan pemberdayaan keluarga.
- h. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas.
- i. Keserasian kebijakan pendudukan.

2.5.5 Macam-macam Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Pasca Persalinan

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara dan bersifat permanen. Pada wanita pasca persalinan kemungkinan untuk hamil kembali akan menjadi lebih kecil jika mereka terus menyusui setelah melahirkan. Meskipun laktasi dapat membantu mencegah kehamilan, akan tetapi suatu saat ovulasi tetap akan terjadi. Ovulasi dapat mendahului menstruasi pertama pasca persalinan dan pembuahan pun akan dapat terjadi. Selain metode laktasi ada beberapa metode yang bias di gunakan yaitu:

1) Kontrasepsi Non Hormonal

Metode kontrasepsi non hormonal yang ada meliputi: metode laktasi amenorhea (LAM / lactational amenorrhea method), kondom, spermisid, diafragma, alat kontrasepsi dalam rahim atau IUD, pantang berkala, dan kontrasepsi mantap (tubektomi atau vasektomi). Pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR atau IUD) dapat dilakukan segera setelah proses persalinan atau dalam waktu 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari waktu tersebut, maka pemakaian AKDR akan di tunda hingga 6-8 minggu.

2) Kontrasepsi Hormonal

Pemakaian kontrasepsi hormonal di pilih yang berisi progestin saja, sehingga dapat digunakan untuk wanita masa laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang bayi. Metode ini bekerja dengan cara menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi

sperma, menghalangi implantasi ovum pada endometrium dan menurunkan kecepatan transportasi ovum di tuba.

b. Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dipakai setelah senggama oleh wanita yang tidak hamil untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

1) Indikasi kontrasepsi darurat

Untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, bila terjadi kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi seperti:

- a) Kondom bocor, lepas atau salah menggunakannya.
- b) Diafragma pecah, robek atau diangkat terlalu cepat.
- c) Kegagalan senggama, terputus misalnya ejakulasi di vagina atau pada genetalia eksterna.
- d) Salah hitung masa subur.
- e) Lupa minum pil KB
- f) Tidak menggunakan kontrasepsi.
- g) Kontraindikasi kontrasepsi darurat.
- h) Hamil atau diduga hamil.
- i) Kelebihan kontrasepsi darurat:
- j) Tidak menyebabkan keguguran, dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- k) Mencegah aborsi.
- l) Tidak menimbulkan cacat bawaan, bila diketahui ibu hamil.
- m) Efektif bekerja dengan cepat, mudah, relative murah untuk pemakaian jangka pendek.
- n) Kekurangan kontrasepsi darurat.
- o) Tidak dapat dipakai secara permanen.
- p) Tidak efektif setelah 3x 24 jam

Macam-macam Alat kontrasepsi Darurat

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/AKDR

- a) Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim/AKDR (IUD) sebagai kontrasepsi darurat selain dengan memakai pil (baik dedicated pills atau pil KB biasa), metode kontrasepsi darurat lain yang juga bias

dilakukan adalah dengan pemasangan AKDR jenis Copper-T dalam waktu lima hari setelah terjadinya hubungan seksual tanpa perlindungan.

b) Mekanisme Kerja

AKDR mengubah transportasi tubal dan rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.

c) Efek Samping

Efek samping pemasangan AKDR termasuk diantara : Rasa tidak enak di perut, perdarahan per vaginam atau *spotting*, dan infeksi. Efek samping dari penggunaan AKDR termasuk : perdarahan yang banyak, kram, infeksi, kemandulan dan kebocoran rahim.

2) KB Implan

a) Keuntungan

1. Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
2. Bebas dari pengaruh estrogen
3. Tidak mengganggu hubungan saat senggama
4. Tidak mengganggu produksi ASI.
5. Dapat di cabut setiap saat sesuai kebutuhan.

b) Kekurangan

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

c. 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.
- 6) Hal-hal yang perlu diketahui oleh ibu yang menggunakan metode MAL, antara lain :
- a) Seberapa sering seorang ibu harus memberikan ASInya kepada bayi.

- b) Waktu antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam. Ibu tetap memberikan ASI nya pada malam hari karena menyusui pada malam hari membantu mempertahankan kecukupan pemberian ASI.
- c) Biarkan bayi mengisap sampai bayi sendiri yang melepasnya ASI dapat disimpan dalam freezer.

d. Metode Keluarga Berencana Alami (KBA)

- 1) Metode kalender pantang berkala adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Manfaat :

- a) Metode kalender atau pantang berkala dapat bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi.
- b) Sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan.
- c) Dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur atau ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bias hamil.

Keuntungan :

Metode kalender atau pantang berkala mempunyai keuntungan sebagai berikut:

- a) Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- b) Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.
- c) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- d) Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual.
- e) Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- f) Tidak memerlukan biaya.
- g) Tidak membutuhkan tempat pelayanan kontrasepsi.

Keterbatasan :

- a) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri.
- b) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya.
- c) Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.
- d) Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
- e) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali siklus.
- f) Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).
- g) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

2) Metode Suhu Basal

Metode suhu basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat.

1. Tujuan : Untuk mengetahui masa subur atau ovulasi.
2. Manfaat :

Metode suhu basal bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan kehamilan. Serta bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan menghindari atau mencegah kehamilan.

3) Metode Ovulasi Billing

Merupakan metode keluarga berencana alami dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lender serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi.

Manfaat :

Untuk mencegah kehamilan yaitu dengan berpantang senggama pada masa subur selain itu metode ini juga bermanfaat bagi wanita yang menginginkan kehamilan.

Keuntungan : Mudah digunakan tidak memerlukan biaya.

Kekurangan :

- a) Tidak efektif bila digunakan sendiri, sebaiknya dikombinasi dengan metode kontrasepsi lain.

- b) Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya.
- c) Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi.
- d) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir.

e. Metode Barrier Kondom

Merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari bahan diantaranya karet (lateks) plastic (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual.

f. Pil

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesterone dalam dosis rendah.

Keuntungan :

- 1) Cocok sebagai alat kontrasepsi bagi perempuan yang sedang menyusui.
- 2) Sangat efektif untuk masa laktasi.
- 3) Dosis gestagen rendah tidak menurunkan produksi ASI.
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- 5) Kesuburan cepat kembali.
- 6) Tidak memberikan efek samping estrogen.
- 7) Tidak ada bukti peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler, resiko tromboeboli vena dan resiko hipertensi.
- 8) Cocok untuk perempuan yang mederita diabetes mellitus dan yang tidak biasa mengkonsumsi estrogen serta sdapat mengurangi dismenorhea.

Kerugian :

- 1) Memerlukan biaya.
- 2) Harus selalu tersedia.
- 3) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
- 4) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkolosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah.
- 5) Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
- 6) Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten

- 7) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- 8) Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

g. Kontrasepsi Suntik

1) KB Suntik 1 Bulan

KB suntik 1 bulan Adalah metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan cara penyuntikan secara IM sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormone progesteron dan estrogen pada wanita usia subur.

a.) Jenis suntikan 1 bulan

Suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estro diol.sipionat yang di berikan injeksi IM sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat yang di berika injeksi IM sebulan sekali.

b.) Keuntungan kontrasepsi KB suntik 1 bulan :

1. Risiko terhadap kesehatan kecil.
2. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
3. Tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam.
4. Jangka panjang.
5. Efek samping sangat kecil.
6. Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik.
7. Pemberian aman, efektif dan relatif mudah.

c.) Keuntungan non kontrasepsi

1. Mengurangi jumlah perdarahan.
2. Mengurangi nyeri saat haid.
3. Mencegah anemia.
4. Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium.
5. Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium.
6. Mencegah kehamilan ektopik.
7. Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopous.

d.) Kerugian KB 1 bulan

1. Terjadi perubahan pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau spotting, perdarahan sela sampai sepuluh hari.
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntik kedua atau ketiga.
3. Ketergantungan pasien terhadap pelayanan kesehatan, karena pasien harus kembali setiap 30 hari untuk kunjungan ulang.
4. Efektifitas suntik 1 bulan berkurang bila di gunakan dengan bersamaan dengan obat-obatan epilepsi.
5. Dapat terjadi perubahan berat badan.
6. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV/AIDS.

e.) Ibu yang boleh menggunakan KB suntik 1 bulan

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak atau belum memiliki anak.
3. Menyusui ASI paskapersalinan > 6 bulan.

f.) Ibu yang tidak boleh menggunakan KB suntik 1 bulan

1. Hamil atau diduga hamil.
2. Menyusui ASI < 6 minggu pasca persalinan.
3. Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau hipertensi.

2) KB suntik 3 bulan

a.) Keuntungan :

1. Efektifitas tinggi.
2. Sederhana pemakaiannya.
3. Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik serta beberapa penyakit akibat radang panggul.

b.) Kerugian :

1. Terdapat gangguan haid seperti amenore.
2. Pusing dan sakit kepala

h. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

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

a.) Manfaat :

1. Tidak mempengaruhi proses menyusui.
2. Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anastesi local.
3. Tidak ada perubahan dengan fungsi seksual.

b.) Keterbatasan :

1. Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
2. Tidak melindungi diri dari IMS dan HIV/ AIDS.

2) Vasektomi

a.) Kelebihan :

1. Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan .
2. Lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dari sterilisasi tubulus.
3. Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual.

b.) Kekurangan :

1. Cara ini tidak langsung efektif perlu menunggu beberapa waktu setelah benar-benar sperma tidak ditemukan berdasarkan analisa sperma.
2. Ada sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan beberapa hari setelah operasi.
3. Tidak memberikan perlindungan terhadap IMS termasuk HIV/AIDS.

i. IUD Pasca Plasenta

1.) Pengertian

IUD post plasenta adalah IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam.

Pemasangan AKDR berdasarkan waktu pemasangan dapat dibagi menjadi:

- a.) *Immediate postplacental insertion (IPP)* yaitu AKDR dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan.
- b.) *Early postpartum insertion (EP)* yaitu AKDR dipasang antara 10 menit sampai dengan 72 jam postpartum.
- c.) *Interval insertion (INT)* yaitu AKDR dipasang setelah 6 minggu postpartum.

Pemasangan AKDR dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

a.) Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan kembali toilet vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

b.) Dipasang dengan *ring forceps*

Sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan *ring forceps*, bukan dengan tangan.

c.) Jenis

Ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu Copper T 380A, Multiload Copper 375, dan IUD dengan levonorgestrel. IUD jenis Copper T 380A sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pascapersalinan, jenis IUD Copper T 380A ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain. IUD dengan levonorgestrel (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal, dan IUD jenis ini biasanya tidak direkomendasikan sebagai IUD post partum.

d.) Cara Kerja

IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur.

e.) Efektivitas

Efektivitas sangat tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Sesuai dengan kesepakatan WHO, IUD dapat dipakai selama 10 tahun walaupun pada kemasan tercantum efektifitasnya hanya 4 tahun.

f.) Keuntungan :

1. Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan.
2. Efektif dan tidak berefek pada produksi menyusui.
3. Aman untuk wanita yang positif menderita HIV.
4. Kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan.
5. Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 %.
6. Kejadian perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita.
7. Mudah dilakukan pada wanita dengan epidural.
8. Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi.

g.) Kerugian :

Angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, dan teknik pemasangannya. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

h.) Efek Samping dan Komplikasi

1. Ekspulsi

Angka kejadian ekspulsi pada IUD sekitar 2-8 per 100 wanita pada tahun pertama setelah pemasangan. Angka kejadian ekspulsi setelah post partum juga tinggi, pada insersi setelah plasenta lepas kejadian ekspulsi lebih rendah daripada pada insersi yang dilakukan setelahnya. Gejala ekspulsi antara lain kram, pengeluaran per vagina, *spotting* atau perdarahan, dan dispareni.

2. Kehamilan

Kehamilan yang terjadi setelah pemasangan IUD post plasenta terjadi antara 2.0-2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan. Setelah 1 tahun, studi menyatakan angka kegagalannya 0,8 % dibandingkan dengan pemasangan IUD saat menstruasi

3. Infeksi

Prevalensi infeksi cenderung rendah yaitu sekitar 0,1 % sampai 1,1 %.

4. Perforasi

Perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita.

i.) Petunjuk Bagi Klien

1. Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu setelah pemasangan AKDR.
2. Selama bulan pertama menggunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid.
3. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami Kram/kejang di perut bagian bawah, perdarahan (*spotting*) di antara haid atau setelah senggama, nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
4. Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.

j.) Teknik Pemasangan Manual (Pascaplasenta)

Teknik ini hanya digunakan dalam waktu 10 menit setelah kelahiran plasenta.

1. Gunakan sarung tangan panjang (hingga siku lengan) yang steril ATAU sarung tangan standar yang steril dengan baju kedap air steril.
2. Gunakan tangan untuk memasukkan AKDR.
3. Pegang AKDR dengan menggenggam lengan vertikal antara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang dominan.
4. Secara perlahan, dengan arah tegak lurus terhadap bidang punggung ibu, masukkan tangan yang memegang AKDR ke dalam vagina dan melalui serviks masuk ke dalam uterus.
5. Lepaskan forseps yang menjepit serviks dan tempatkan tangan yang nondominan pada abdomen untuk menahan uterus dengan mantap. Stabilisasi uterus dengan penekanan ke bawah untuk mencegahnya bergerak ke atas ketika memasukkan tangan yang memegang AKDR; hal ini juga membantu pemasang untuk mengetahui ke arah mana tangan yang memegang AKDR diarahkan serta memastikan tangan telah mencapai fundus.
6. Setelah mencapai fundus, putar tangan yang memegang AKDR 45 derajat ke arah kanan untuk menempatkan AKDR secara horizontal pada fundus.
7. Keluarkan tangan secara perlahan, merapat ke dinding lateral uterus.
8. Perhatikan jangan sampai AKDR tergeser ketika mengeluarkan tangan.

2.5.6 Manajemen SOAP pada Asuhan Kebidanan KB

Menurut Rini dan Triwik (2017) dalam pendokumentasian asuhan SOAP pada KB, yaitu :

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama :

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

b) Umur :

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

c) Agama :

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

d) Suku :

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

e) Pendidikan :

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

f) Pekerjaan Ibu :

Untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonomi klien dan apakah pekerjaan ibu atau suami dapat

mempengaruhi kesehatan klien atau tidak. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak.

g) Penghasilan :

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

h) Alamat :

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

2) Keluhan Utama

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

3) Riwayat Haid

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

4) Riwayat KB

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

5) Data Psikososial

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

6) Data Spiritual

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

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) Tanda – tanda Vital
 - 1. Tekanan Darah : 100/70-130/90mmHg
 - 2. Suhu : 36,5-37,5°C
 - 3. Nadi : 60-80 x/mnt
 - 4. RR : 16-24 x/mnt

2) Pemeriksaan fisik

a) Wajah :

Normalnya tidak pucat R/ Apabila ibu pucat maka akan dimungkinkan ibu mengalami anemia

b) Mata :

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

c) Leher :

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

d) Payudara :

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

e) Abdomen :

Normalnya tidak terdapat massa maupun nyeri tekan R/ Nyeri tekan pada rahim dimungkinkan ibu mengalami infeksi maupun peradangan.

f) Genetalia Luar :

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

3) Pemeriksaan Inspekulo

a) Serviks :

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

b) Dinding Vagina :

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

4) Pemeriksaan Bimanual :

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

5) Pemeriksaan Rektovagina :

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

c. Assasment

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

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

d. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya.
- 2) Memberikan konseling tentang macam-macam metode kontrasepsi yang cocok untuk ibu, ibu mengerti dan masih merundingkan dengan suami di rumah.
- 3) Menganjurkan ibu untuk segera menggunakan alat kontrasepsi , ibu mengerti.
- 4) Memberikan KIE tentang KB yang mengandung alat kontrasepsi hormonal, ibu mengerti.
- 5) Memberikan KIE tentang Nutrisi yaitu menjelaskan pada ibu untuk banyak mengkonsumsi sayuran dan buah segar, terutama daun katuk untuk memperlancar ASI, ibu mengerti dan mau melakukannya.

2.6 Kerangka Teori Kehamilan dengan Oedema Tungkai

