

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah merupakan suatu proses berkelanjutan yang terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Kehamilan juga dapat diartikan sebagai saat saat kritis karena selain adanya kelainan pada kesehatan ibu pada masa kehamilan juga akan terjadi perubahan dan resiko adanya penyakit yang menyertai dalam kehamilan (Hutahaean, 2013).

Kehamilan dengan penyakit menyertai perlu mendapat perhatian yang lebih karena dapat menimbulkan komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin jika tidak teratasi dengan benar. Penyakit yang banyak yang menyertai kehamilan menurut penelitian yaitu hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia/eklamsia, anemia, asma, penyakit jantung, infeksi saluran kemih, dan diabetes militus. (Suryani & Wulandari, 2018)

2.1.2 Definisi Kehamilan Trimester III

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

Menurut sarwono dalam penelitian Luvita, dkk (2017), Kehamilan trimester ketiga merupakan periode pertumbuhan janin dalam rentang waktu 28-42 minggu. Janin ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan dan akan semakin bertambah semakin besar dan besar sampai memenuhi seluruh rongga rahim.

2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2011) tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

2) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut rupture sinus marginalis.

3) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

4) Keluar cairan pervaginam

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa.

5) Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam

uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

6) Nyeri perut yang hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Kusumawati, 2014).

7) Keluar Air Ketuban

Sebelum Waktunya Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

2.1.4 Hipertensi Pada Kehamilan

a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam waktu yang lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan angka kematian (Rukiyah & Yulianti, 2010). Menurut FK UI didalam buku Rukiyah & Yulianti (2010), seseorang dikatakan menderita hipertensi apabila tekanan sistolik >140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg. Menurut (Lindarwati, 2012: 4), Hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria.

b. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa

Menurut Kemenkes RI (2016), klasifikasi tekanan darah pada dewasa adalah:

- 1) Normal Dibawah : 130 mmHg Dibawah 85 mmHg
- 2) Normal tinggi : 130-139 mmHg 85-89 mmHg (Stadium 1)
- 3) Hipertensi ringan : 140-159 mmHg 90-99 mmHg (Stadium 2)
- 4) Hipertensi sedang : 160-179 mmHg 100-109 mmHg (Stadium 3)
- 5) Hipertensi berat : 180-209 mmHg 110-119 mmHg (Stadium 4)
- 6) Hipertensi maligna : 210 mmHg atau lebih 120 mmHg atau lebih

c. Gejala Hipertensi pada Ibu Hamil

Gejala yang biasanya muncul pada ibu hamil dengan hipertensi yang harus diwaspadai jika ibu mengeluh: nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual muntah akibat peningkatan tekanan intrakranium, penglihatan kabur, ayunan langkah yang tidak mantap, nokturia, oedema dependen dan pembengkakan (Yeyeh dan Yulianti, 2010).

d. Faktor Risiko Hipertensi dalam Kehamilan (HDK)

Beberapa studi menyatakan bahwa faktor risiko hipertensi dalam kehamilan (HDK) diantara lain adalah usia saat hamil, paritas, riwayat hipertensi, kebiasaan merokok dan obesitas (Seely EW dan Ecker J, 2011; Tebeu, et all, 2011).

1) Usia

Usia lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun merupakan usia yang dapat dikatakan sebagai usia yang paling baik dalam masa kehamilan, dikarenakan pada usia tersebut sistem reproduksi pada wanita dapat bekerja secara maksimal (Rohani, 2017). Kehamilan diusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan suatu kehamilan yang mempunyai resiko tinggi yang dapat mengalami berbagai masalah penyulit kehamilan, baik secara psikologis maupun fisiologis karena rahim dan tulang panggul ibu serta sirkulasi darah belum berkembang dengan sempurna dan juga di usia lebih dari 35 tahun ibu akan mengalami penurunan kualitas pada sel telur, penuaan organ, keadaan rahim ibu mengalami penurunan sehingga dapat mengalami penyakit hipertensi dan preeklampsia, diabetes,

persalinan lama, kelahiran dengan operasi sesarea, serta kematian, selain itu dampak buruk bagi janin yaitu bayi dapat lahir dengan berat badan lahir rendah, makrosomia, kelainan kromosom, serta kematian neonatal (Lowdermik, 2013).

Risiko ibu hamil dengan hipertensi pada kelompok umur < 18 tahun dan > 35 tahun hampir 3 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok umur 18–35 tahun menurut Sirait (dalam Nurfatimah, et al., 2020:71).

2) Paritas

Salah satu determinan yang dapat meningkatkan risiko terjadinya HDK adalah paritas. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pratikwo (2017), yang menunjukkan bahwa ibu hamil dengan hipertensi terbesar terdapat pada paritas multipara sebesar 13,97%.²⁰ Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Eva Purwati Fahrudin (2018), bahwa hipertensi dalam kehamilan lebih banyak didapatkan pada ibu multipara. Kehamilan lebih dari empat kali atau grande multipara bisa menyebabkan beragam komplikasi kehamilan yang akan dialami oleh si ibu, salah satunya hipertensi dalam kehamilan (Nurfatimah, et al., 2020:71). Setiap kehamilan akan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi komplikasi pada saat kehamilan, persalinan, bahkan pasca bersalin (Wiknjosastro, 2011).

Menurut Rochjati (2003) dalam penelitian susi (2019) pada grandemultigravida mempunyai resiko lebih besar dibandingkan pada primigravida karena semakin tinggi paritas ibu atau melahirkan anak 4 kali atau lebih. Bahaya pada kehamilan grandemultigravida yaitu anemia, kekurangan gizi, kekendoran pada dinding perut, sehingga keadaan tersebut dapat menyebabkan otot rahim melemah dan mengakibatkan kontraksi uterus lemah dan menyebabkan terjadi perdarahan saat persalinan maupun setelah persalinan.

3) Riwayat hipertensi

Menurut Corwin (dalam Nurfatimah, et al., 2020 : 73) jika salah satu dari orang tua kita memiliki hipertensi maka kemungkinan kita memiliki 25% risiko untuk mengalami hipertensi. Jika kedua orang tua kita mempunyai hipertensi, kemungkinan kita mendapatkan penyakit tersebut 60%. Keluarga yang memiliki hipertensi meningkatkan risiko hipertensi 25 kali lipat. Riwayat keluarga hipertensi adalah faktor risiko paling dominan untuk preeklampsia pada wanita hamil (Nurfatimah, et al., 2020).

4) Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Indonesia merupakan negara ketiga dengan jumlah perokok terbesar setelah Cina dan India. Cina mencapai jumlah 30% perokok, sedangkan India sebesar 11,2% dan Indonesia mencapai 4,9% (Mustolih et al., 2015).

5) Obesitas

Obesitas merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, biasanya disertai kelebihan lemak dan protein hewani, kelebihan gula dan garam yang kelak bisa merupakan faktor risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, reumatik dan berbagai jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain (Adrian, 2017).

e. Komplikasi Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan dapat berkembang menjadi pre-eklampsia, eklampsia dan sindrom *HELLP* yaitu *Hemolysis* (kerusakan sel darah merah), *Elevated Liver enzymes* (meningkatnya kadar enzim oleh hati), *Low Platelets count* (rendahnya kadar trombosit). Gejala pre-eklampsia/eklampsia adalah sakit kepala, gangguan penglihatan (kabur atau kebutaan) dan kejang. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan janin bila tidak segera dilakukan penanganan (vidal et al., 2011) (dalam Hiadar Alatas, 2019)

f. Penatalaksanaan Ibu Hamil dengan Hipertensi

Dilakukan pemeriksaan anamnesa, adakah riwayat kesehatan keluarga dengan hipertensi. Lalu dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium. Jika hasil pemeriksaan merujuk pada

penyakit hipertensi maka dilakukan pengobatan nonfarmakologik, yaitu: dengan mengurangi berat badan bila IMT > 27, membatasi alkohol, menghentikan rokok, mengurangi makanan berkolesterol/lemak jenuh, mengurangi konsumsi kopi, berolahraga ringan (jalan-jalan, lari pagi), mengurangi asupan natrium (400mmol Na/2,4 gram Na/64 NaCl/hari), mempertahankan asupan kalsium dan magnesium adekuat, banyak unsur kalium (buah-buahan), tidak banyak pikiran, dan istirahat yang cukup (Yeyeh & Yulianti, 2010).

Dan pengobatan farmasi dengan memberikan obat hipertensi apabila tekanan darah ibu sudah turun atau <140/90 mmHg. Berikan obat luminal sesudah makan 30 gram peroral 3x sehari dalam jangka waktu 8 jam dari pemberian sebelumnya. (Sumber: Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal) (dalam Yeyeh & Yulianti, 2010).

Menurut Yeyeh & Yulianti (2010) jika hipertensi berkembang menjadi pre-eklampsia, penanganan yang dilakukan adalah:

1. Penatalaksanaan rawat jalan pasien pre-eklampsia ringan dengan cara: ibu dianjurkan banyak istirahat (berbaring, tidur/ miring). Diet: cukup protein, rendah karbohidrat, rendah lemak, rendah garam. Pemberian sedativa ringan: tablet phenobarbital 3x30 mg atau diazepam 3x2 mg peroral selama 7 hari (atas instruksi dokter). Roborantia. Kunjungan ulang setiap 1 minggu. Pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hemotokrit, trombosit, urin lengkap, asam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.
2. Penatalaksanaan rawat tinggal pasien pre-eklampsia ringan berdasarkan kriteria: setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala pre-eklampsia, kenaikan BB ibu 1 kg atau lebih perminggu selama 2kali berturut-turut, timbul salah satu atau lebih gejala pre-eklampsia berat
3. Bila setelah 1 minggu rawat tinggal tidak ada perbaikan maka pasien dianggap mengalami pre-eklampsia berat dan segera di rujuk dan dilakukan penanganan konservatif di rumah sakit dan atas instruksi dokter dengan cara: berbaring miring ke satu sisi. TTV diperiksa setiap 30 menit,reflek pathela diperiksa setiap jam,

infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infus RL (60-125 cc/jam) 500 cc. Berikan antasida. Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam. Pemberian obat anti kejang (MgSO_4). Diuretikum tidak diberikan kecuali ada tanda-tanda edema paru. Diberikan furosemid injeksi 40 mg/IM. Jika usia kehamilan 37 minggu atau lebih maka dilakukan pemeriksaan NST (Nonstress Test) dan USG (Ultrasonografi).

4. Untuk pasien dengan eklampsia segera dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan penanganan kejang: pemberian obat anti kejang (diazepam 20 mg IM), baringkan pasien ke sisi kiri, dan oksigenasi 4-6 liter/menit.

2.1.5 Tugas dan Wewenang Bidan

Menurut Undang-undang republik indonesia nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan, Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan. Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, meliputi : konseling pada masa sebelum hamil, antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan.

- 2) pelayanan kesehatan anak

Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak prasekolah. Dalam memberikan Pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang melakukan: pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah, serta melakukan konseling dan penyuluhan.

- 3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
Dalam memberikan Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, bidan berwenang memberikan seperti:

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

4) pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang

Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan yang terdiri atas : kewenangan berdasarkan program pemerintah yang telah mendapatkan pelatihan, dan kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat bidan bertugas yang harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kabupaten. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter yang diberikan secara tertulis oleh dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bidan bekerja.

5) pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas yang ditetapkan oleh pemerintah daerah. Penugasan dengan keadaan tersebut dilaksanakan oleh Bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan. Pelatihan diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dengan melibatkan Organisasi Profesi Bidan dan/atau organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

Menurut Undang-undang republik indonesia nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan jika pasien dalam keadaan gawat darurat yang mengancam jiwa untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.

2.1.6 ANC (Antenatal Care) Terpadu

a. Definisi ANC (Antenatal Care)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Adapun 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu: membangun rasa saling percaya antara pasien dengan petugas kesehatan, mengupayakan kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang

dikandungnya, memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya, mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan resiko tinggi, memberikan edukasi pendidikan kesehatan yang diperlukan untuk menjaga kualitas kehamilan, persalinan dan tata cara merawat bayi yang benar, menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2014). 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).

Pemeriksaan ANC (Antenatal Care) merupakan pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal, hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi dengan wajar (Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI, 2018).

b. Tujuan ANC (Antenatal Care)

Menurut Kemenkes (2018) tujuan dari ANC (Antenatal Care) adalah:

1. Memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu serta tumbuh kembang janin yang ada di dalamnya.
2. Mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini, termasuk adanya riwayat penyakit dan tindak pembedahan.
3. Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi.
4. Mempersiapkan proses persalinan sehingga dapat melahirkan bayi dengan selamat serta meminimalkan trauma yang dimungkinkan terjadi pada masa persalinan.
5. Menurunkan jumlah kematian dan angka kesakitan pada ibu.
6. Mempersiapkan peran sang ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami tumbuh kembang dengan normal.

7. Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik serta dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

c. 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 tradisional 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	1) 28 – 36 minggu 2) Setelah 36 minggu	1) Deteksi kehamilan ganda 2) Deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan dengan operasi

(Sunarsih, 2011)

d. Standar Minimal Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Menurut Depkes RI (2010) dalam pelayanan ANC, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan bidan yang dikenal dengan 10 T, yaitu:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Untuk mendeteksi faktor resiko dari tinggi badan ibu, yaitu tinggi < 145 cm. Dan kenaikan berat badan normal ibu hamil 9-13,5 kg yaitu 0,7-1,4 kg pada trimester I, pada trimester II 4,1 kg, dan 9,5 kg pada trimester III (Saryono, 2010).

2) Pemeriksaan tekanan darah

Untuk mengetahui standar normal, naik atau rendah. Jika tekanan darah cenderung naik maka diwaspadai adanya gejala hipertensi

dan preeklampsia. Tekanan darah normal berkisar 110/80 sampai 120/80 mmHg. Menurut FK UI didalam buku Rukiyah & Yulianti (2010), seseorang dikatakan menderita hipertensi apabila tekanan sistolik >140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg.

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Menurut Depkes RI (2002) dalam penelitian Furi (2019) KEK adalah keadaan dimana ibu menderita kekurangan gizi kronis yang mengakibatkan gangguan kesehatan pada ibu. Ambang batas LILA WUS dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm

4) Pemeriksaan puncak rahim (Tinggi Fundus Uteri)

Pengukuran TFU secara rutin dilakukan untuk mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Dan mendeteksi secara dini terjadinya mola hidatidosida (kehamilan anggur), janin ganda atau hidramnion yang dapat mempengaruhi terjadinya kematian maternal Menurut Mufdlilah dalam penelitian Furi (2019) dari pengukuran TFU dapat menghitung tafsiran berat janin dengan rumus Johnson- Tausack = $(Md-N) \times 155$. Dengan Md adalah jarak simpisis ke fundus uteri dan N adalah 12 (apabila janin belum masuk PAP) dan 11 (jika janin sudah masuk PAP) (Mochtar, R, 2012). TFU juga dapat menghitung usia kehamilan, yaitu dengan:

- a. Rumus Bartholomew. Antara simpisis pubis-pusat dibagi menjadi empat bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan satu bulan. Fundus uteri teraba tepat disimpisis menunjukkan UK dua bulan. Antara pusat-prosesus xifoideus dibagi menjadi empat bagian dan tiap bagian menunjukkan penambahan satu bulan. TFU pada UK 40 minggu kurang lebih sama dengan UK 32 minggu
- b. Rumus Mc Donald. Fundus uteri diukur dengan pita. UK dalam bulan dapat dihitung dengan TFU dikalikan dua dan dibagi tujuh. Dan menghitung UK dalam minggu dengan TFU dikalikan delapan dan dibagi tujuh.
- c. Mempergunakan tinggi fundus uteri. Perkiraan tinggi fundus uteri dilakukan dengan palpasi fundus dan membandingkan dengan patokan.

Tabel 2.2: Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

UK	TFU Hasil Leopold	TFU (cm)
12 minggu	3 jari di atas simpisis	-
16 minggu	Pertengahan pusat simpisis	-
20 minggu	3 jari di bawah pusat	-
24 minggu	Setinggi pusat	24 - 25 cm
28 minggu	3 jari di atas pusat	26,7 cm
30 minggu	-	28,5 – 30 cm
32 minggu	Antara pusat dan px	29,5 – 30 cm
34 minggu	-	31 cm
36 minggu	3 jari dibawah px	32 cm
38 minggu	-	33 cm
40 minggu	Pertengahan pusat dan px	33,7 cm

Buku Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan

- 5) Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC berikutnya yang bertujuan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul menunjukkan ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC. DJJ < 120 kali / menit atau DJJ > 160 kali/menit menunjukkan adanya gangguan janin.

- 6) Tetanus toxoid lengkap

Ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Di awal kunjungan, ibu akan diskriminasi status T-nya kemudian disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Apabila ibu berstatus T5 (TT Long Life) maka ibu tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.3: Jadwal pemberian TT

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Kunjungan I	-
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun

Buku Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan

7) Tablet Fe (zat besi) minimal 90 tablet selama hamil

Tablet Fe mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Menurut Vivian (2010) zat besi penting untuk peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin yang adekuat.

8) Tes laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan, yaitu :

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan dilakukan untuk mempersiapkan calon pendonor darah bila terjadi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak. Hb ibu hamil minimal adalah 11 gr / dl.

c. Pemeriksaan Protein dalam Urin

Pemeriksaan dilakukan pada trimester kedua dan ketiga untuk mengetahui adanya proteinuria yang menjadi indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan urine reduksi

Tujuannya untuk mengetahui glukosa dalam urine yang merupakan tanda komplikasi penyakit diabetes mellitus.

e. Pemeriksaan HIV

Untuk mendeteksi adanya antibodi HIV dalam sampel darah.

f. Pemeriksaan HbsAg

Untuk mendeteksi adanya virus Hepatitis B

9) Tatalaksana kasus

Setiap kelainan yang ditemukan pada pemeriksaan ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standard dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani bidan harus

dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Menurut Wiknjosastro (2007) apabila ada masalah maka bidan akan melakukan rujukan sesuai fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap. Diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi dalam kandungan.

10) Temu wicara dalam rangka tatalaksana rujukan

Melakukan pertemuan dengan keluarga pasien baik saat ANC atau saat tertentu dan meminta kerjasama untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien.

2.1.7 Score Puji Rochjati

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. (lembaran Score Puji Rohjati terlampir) (Poedji Rochjati, 2014)

2.1.8 Sistem Rujukan

Asuhan sayang ibu dalam mempersiapkan rujukan atau untuk melakukan rujukan meliputi BAKSOKU, yaitu (Maulina, 2017):

- a. B : (Bidan) Saat melakukan rujukan harus didampingi oleh tenaga kesehatan salah satunya bidan hingga sampai ke fasilitas kesehatan yang dituju.
- b. A: (Alat) Saat akan merujuk persiapkan alat yang diperlukan baik untuk bayi atau ibu (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi).
- c. K: (Keluarga) Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan alasan ibu atau bayi harus dirujuk.
- d. S: (Surat) Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi, cantumkan alasan

rujukan dan uraian hasil rujukan. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

- e. O: (Obat) Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obat tersebut mungkin akan diperlukan selama perjalanan.
- f. K: (Kendaraan) Pastikan kendaraan tersedia untuk membawa ibu atau janin ke tempat rujukan.
- g. U : (Uang) Beritahu keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan.

2.1.9 Konsep Manajemen SOAP Pada Kehamilan dengan Hipertensi

Menurut Sih Rini Handayani, 2017 dalam pendokumentasi asuhan SOAP pada kehamilan, yaitu:

a) Data Subyektif

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

1. Identitas

- a. Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b. Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun.
- 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.
- g. Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

2. Keluhan Utama: Gejala yang biasanya muncul pada ibu hamil dengan hipertensi yang harus diwaspadai jika ibu mengeluh: nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual muntah akibat peningkatan tekanan intrakranium, penglihatan kabur, ayunan langkah yang tidak mantap, nokturia, oedema dependen dan pembengkakan (Yeyeh dan Yulianti, 2010).
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 untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini.
6. Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang.
7. Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi termasuk ke dalam ibu resiko tinggi (Utami, 2018). Pada ibu dengan riwayat bedah caesar maka pada kelahiran berikutnya akan dilakukan tindakan bedah caesar kembali, namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya (Utami, 2018).
8. Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga seperti penyakit hipertensi. Menurut Corwin (dalam Nurfatimah, et al., 2020 : 73) jika salah satu dari orang tua kita memiliki hipertensi maka kemungkinan kita memiliki 25% risiko untuk mengalami hipertensi. Jika kedua orang tua kita mempunyai hipertensi, kemungkinan kita mendapatkan penyakit tersebut 60%. Keluarga yang memiliki hipertensi meningkatkan risiko hipertensi 25 kali lipat. Riwayat keluarga

hipertensi adalah faktor risiko paling dominan untuk preeklampsia pada wanita hamil (Nurfatimah, et al., 2020).

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, meliputi: Pola Nutrisi, Pola Eliminasi, Pola Istirahat, Psikososial.

b) Data Obyektif

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

1. Pemeriksaan Umum, meliputi: keadaan umum, kesadaran, keadaan emosional, tinggi badan, berat badan, lila, tanda-tanda vital. Menurut FK UI didalam buku Rukiyah & Yulianti (2010), seseorang dikatakan menderita hipertensi apabila tekanan sistolik >140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg.
2. Pemeriksaan Fisik, meliputi: muka, mata, mulut, gigi/gusi, leher, payudara, dada (pada ibu dengan penyakit asma menunjukkan ronkhi, ekspirasi memanjang dan bising mengi dapat terdengar tanpa stetoskop; pada ibu dengan TB paru ada tanda-tanda penarikan paru, diafragma, pergerakan nafas yang tertinggal, suara nafas melemah dan terdengar suara wheezing), perut, pemeriksaan leopard, DJJ, TBJ, ekstremitas.
3. Pemeriksaan Penunjang, meliputi:
 - 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:
 - Negatif, Urine jernih
 - Positif 1 (+), Ada kekeruhan
 - Positif 2 (++), Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan
 - Positif 3 (+++), Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas
 - Positif 4 (++++), Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggupal.

c) Assessment

Diagnosa kebidanan dari data dasar hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang akan diproses menjadi masalah atau diagnosis.

- Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan.
- Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu.
- Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi.

Diagnosa : Ny. "S" usia 38 tahun GVP4A0 usia kehamilan 32-34 minggu, janin tunggal hidup, intrauterine dengan hipertensi

Masalah : Kepala pusing dan mata berkunang-kunang

Kebutuhan : Memberi konseling tentang hipertensi dan memberitahu ibu bahwa hipertensi dapat segera ditangani

d) Penatalaksanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan antenatal merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur

LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

Penatalaksanaan Ibu hamil dengan penyakit hipertensi :

- Mengobservasi keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital ibu
- Menganjurkan ibu untuk tetap istirahat cukup minimal 7-8 jam/hari
- Memberikan ibu tablet penambah darah (Fe)
- Menganjurkan ibu untuk tetap makan makanan bergizi tinggi protein, karbohidrat, vitamin, mineral dan rendah lemak seperti tempe, tahu, telur, sayuran hijau, kacang-kacangan, buah dan diet garam

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Ina Kuswanti dan Fitria Melina (2013), persalinan merupakan hal yang paling ditunggu tunggu oleh para ibu hamil, merupakan waktu yang menyenangkan maupun mendebarakan. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan dan diikuti pengeluaran placenta dan selaput janin.

Sulistyawati mengemukakan persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, 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 (Sholichah, Nanik, 2017). Ahli lain, Varney mengemukakan persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, dimulai adanya kontraksi yang ditandai perubahan serviks dan diakhiri kelahiran plasenta (Fritasari,

2013). Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang matang dan telah melewati masa kehamilan normal (Asgari, et, al, 2013).

2.2.2 Tahapan Persalinan (kala I, II, III,IV)

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 macam:

a. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan pula kala pembukaan. Partus dimulai apabila adanya his dan mengeluarkan lender darah dengan pendataran (effacement). Lendir bercampur darah berasal dari lender kanalis servikalis karena serviks membuka. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka). Pada proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1) Fase Laten

Berlangsung selama 7-8 jam. pembukaan terjadi sangat lambat sampei mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 yaitu: Fase Akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm; Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm; Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida Ostium Uteri Interna (OUI) akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian Ostium Uteri Eksterna (OUE) membuka. Pada multigravida OUI dan OUE akan terjadi bersama. Kala I selesai ketika pembukaan sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan pada multigravida kira-kira 7 jam.

b. Kala II

Kala II di mulai daei pembukaan lengkap hingga lahirnya janin. Pada kala ini akan merasakan tekanan pada otot dasar panggul yang mengakibatkan tekanan pada rectum sehingga terasa seperti ingin

buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan membuka anus. Labia membuka dan mulai tampak kepala janin tampak dalam vulva waktu his. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III

Dimulai dari lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta ditandai dengan semburan darah, tali pusar memanjang, pada pengeluaran darah kira-kira 100-200cc.

d. Kala IV Dilakukan pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan postpartum.

2.2.3 Persalinan dengan tindakan Bedah Caesar

a. Sejarah Singkat Bedah Caesar

Bedah caesar (bahasa Inggris: caesarean section atau cesarean section dalam Inggris-Amerika), disebut juga dengan c-section (disingkat dengan CS) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Bedah caesar umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah prosedur persalinan dengan pembedahan umumnya dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, spesialis anak, spesialis anastesi serta bidan.

b. Jenis dan Indikasi Persalinan dengan Operasi caesaria

Ada beberapa jenis "caesarean sections" (CS):

- 1) Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan hari ini karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2) Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

- 3) Histerektomi caesar yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus di mana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- 4) Bentuk lain dari bedah caesar seperti extraperitoneal CS atau Porro CS yaitu anak dan uterus dibuang semua tanpa membuka rahim.

Bedah caesar berulang dilakukan ketika pasien sebelumnya telah pernah menjalani bedah caesar. Umumnya sayatan dilakukan pada bekas luka operasi sebelumnya. Di berbagai rumah sakit, khususnya di Amerika Serikat, Britania Raya, Australia dan Selandia Baru, sang suami disarankan untuk turut serta pada proses pembedahan untuk mendukung sang ibu. Dokter spesialis anestesi umum nya akan menurunkan kain penghalang ketika si bayi dilahirkan agar orang tua si bayi dapat melihat bayinya. Rumah sakit di Indonesia umumnya tidak memperbolehkan adanya orang lain turut serta waktu persalinan dengan bedah caesar termasuk sang suami.

c. Indikasi

Dokter spesialis kebidanan akan menyarankan bedah caesar ketika proses kelahiran melalui vagina kemungkinan akan menyebabkan risiko kepada si bayi. Hal-hal lainnya yang dapat menjadi pertimbangan disarankannya bedah caesar antara lain:

- 1) Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (dystosia)
- 2) Detak jantung janin melambat (fetal distress) Adanya kelelahan persalinan
- 3) Komplikasi pre-eklampsia
- 4) Sang ibu menderita herpes
- 5) Putusnya tali pusar
- 6) Risiko luka parah pada rahim
- 7) Persalinan kembar (masih dalam kontroversi)
- 8) Sang bayi dalam posisi sungsang atau menyamping
- 9) Kegagalan persalinan dengan induksi
- 10) kegagalan persalinan dengan alat bantu (forceps atau ventouse)
- 11) Bayi besar (makrosomia – berat badan lahir lebih dari 4,2 kg)

- 12) Masalah plasenta seperti plasenta previa (ari-ari menutupi jalan lahir), placental abruption atau placenta accrete
 - 13) Kontraksi pada pinggul
 - 14) Sebelumnya pernah menjalani bedah caesar (masih dalam kontroversi)
 - 15) Sebelumnya pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum (oleh proses persalinan sebelumnya atau penyakit crohn)
 - 16) Angka d-dimer tinggi bagi ibu hamil yang menderita sindrom antibodi
 - 17) CPD atau Cephalo Pelvic Disproportion (proporsi panggul dan kepala bayi yang tidak pas, sehingga persalinan terhambat)
 - 18) Kepala bayi jauh lebih besar dari ukuran normal (hidrosefalus)
 - 19) Ibu menderita hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi)
- d. Operasi Caesar Terencana (Elektif)

Pada operasi caesar terencana (elektif). operasi caesar telah direncanakan jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan mempertimbangkan keselamatan ibu maupun janin. Beberapa keadaan yang menjadi pertimbangan untuk melakukan operasi caesar secara elektif, antara lain

1) Janin dengan presentasi bokong

Dilakukan operasi caesar pada janin presentasi bokong pada kehamilan pertama, kecurigaan janin cukup besar sehingga dapat terjadi kemacetan persalinan (Feto Pelpic Disproportion), janin dengan kepala menengadah (defleksi), janin dengan lilitan tali pusat, atau janin dengan presentasi kaki.

2) Kehamilan kembar

Dilihat presentasi terbawah janin apakah kepala, bokong, atau melintang. Masih mungkin dilakukan persalinan pervaginam jika persentasi kedua janin adalah kepala-kepala. Namun, dipikirkan untuk melakukan caesar pada kasus janin pertama/terbawah selain presentasi kepala. pada USG juga dilihat apakah masingmasing janin memiliki kantong ketuban sendiri sendiri yang terpisah, atau keduanya hanya memiliki satu kantong ketuban. Pada kasus kehamilan kembar dengan janin hanya memiliki satu

kantong ketuban, risiko untuk saling mengait/menyangkut satu sama lain terjadi lebih tinggi, sehingga perlu dilakukan caesar terencana. Pada kehamilan ganda dengan jumlah janin lebih dari dua (misal 3 atau lebih), disarankan untuk melakukan operasi caesar terencana.

3) Plasenta previa

Artinya plasenta terletak di bawah dan menutupi mulut rahim. Karena sebelum lahir janin mendapat suplai makanan dan oksigen, maka tidak mungkin plasenta sebagai media penjualan lahir/lepas terlebih dulu dari janin karena dapat mengakibatkan kematian janin. Plasenta terdiri dari banyak pembuluh darah, lokasi plasenta yang menutupi jalan lahir, sangat rawan dengan terjadinya pendarahan. Apabila terjadi kontraksi pada rahim maka sebagian plasenta yang kaya pembuluh darah ini akan terlepas dan menimbulkan pendarahan hebat yang dapat mengancam nyawa janin dan ibu

4) Masalah kesehatan ibu

Diantaranya: pre-eklampsia, kencing manis (diabetes melitus), herpes, penderita HIV/AIDS, penyakit jantung, penyakit paru kronik, atau tumor rahim (mioma) yang ukurannya besar atau menutupi jalan lahir, kista yang menghalangi turunnya janin, serta berbagai keadaan lain merupakan hal-hal yang menyebabkan operasi caesar lebih diutamakan.

5) Masalah kesehatan janin

Misalnya pada janin dengan oligohidramnion (cairan ketuban sedikit) atau janin dengan gangguan perkembangan.

e. Operasi Caesar Darurat (Emergency)

Operasi caesar darurat adalah jika operasi dilakukan ketika proses persalinan telah berlangsung. Hal ini terpaksa dilakukan karena ada masalah pada ibu mal pun janin. Beberapa keadaan yang memaksa terjadinya operasi caesar darurat antara lain

- a. Persalinan macet
- b. Prolaps tali pusat
- c. Perdarahan
- d. Distress janin berat

2.2.4 SOAP Pada Asuhan Kebidanan Persalinan

Menurut Sih Rini Handayani, 2017 dalam pendokumentasi asuhan SOAP pada persalinan, yaitu:

a) Data Subyektif

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

1. Identitas

- a. Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b. Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun.
- 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.
- 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 anastesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).

4. Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).
5. Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b) Data Obyektif

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

1. Pemeriksaan Umum, meliputi: keadaan umum, kesadaran, keadaan emosional, tinggi badan, berat badan, lila, tanda-tanda vital.
2. Pemeriksaan Fisik, meliputi: muka, mata, mulut, gigi/gusi, leher, payudara, perut, pemeriksaan leopard, DJJ, TBJ, ekstremitas:
3. Pemeriksaan Khusus, meliputi:

a) Obstetri 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.
 1. Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu: Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul $\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$
 2. Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul $\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$
- Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

b) Gynekologi 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.

4. Pemeriksaan Penunjang

- 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 (Varney, dkk, 2007).
- Cardiotocography (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- 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).

- Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

c) Assessment

Diagnosa kebidanan dari data dasar hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang akan diproses menjadi masalah atau diagnosis.

1. Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan. Contoh: G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup.
2. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Contoh keluhan yang muncul pada persalinan adalah rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri.
3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi. Contoh kebutuhan saat persalinan adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istirahat dan tidur), kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

d) Penatalaksanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut.

1. Kala I
 - a. Lakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi uterus, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi urine, aseton dan protein (WHO, 2013).
 - b. Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
 - c. Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman.
 - d. Fasilitasi ibu untuk buang air kecil.

- e. Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
 - f. Ajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
 - g. Berikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
 - h. Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.
2. Kala II
- a. Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
 - b. Ajari ibu cara meneran yang benar.
 - c. Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.
3. Kala III
- Lakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.
4. Kala IV
- a. Lakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
 - b. Fasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
 - c. Lakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

Menurut Yeyeh & Yulianti (2010) penatalaksanaan ibu bersalin dengan penyakit hipertensi dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan memberitahukan hasil pemeriksaannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan bila perlu persalinan dilakukan dengan memperpendek kala II.

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Nifas adalah darah yang keluar dari Rahim yang disebabkan melahirkan atau setelah melahirkan, selama masa nifas seorang perempuan dilarang untuk shalat, puasa dan berhubungan intim. Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir jika alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Sulistyawati (2009) mengemukakan bahwa masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Selama masa nifas ibu mengalami banyak perubahan dari segi fisik maupun psikologis (Satukhilmiyah, 2013). Nurul Jannah (2011) Masa nifas/peurperium adalah masa setelah persalinan, pemulihan, penyembuhan, perubahan dan pengembalian alat reproduksi seperti sebelum hamil yang membutuhkan waktu 6 minggu atau 40 hari setelah persalinan (dalam Aprilianti, 2016). Periode post partum adalah periode yang dimulai setelah kelahiran anak dan berlangsung selama 6-8 minggu dimana ibu kembali sepersi semula sebelum hamil (Alkinlabil, et, al, 2013).

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Mendeteksi adanya pendarahan masa nifas .

Pendarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Pendeteksian adanya perdarahan masa nifas dan infeksi ini mempunyai porsi besar. Alasan mengapa asuhan masa nifas harus dilaksanakan mengingat bahwa perdarahan dan infeksi menjadi faktor penyebab tingginya AKI. Oleh karena itu, penolong persalinan sebaiknya tetap waspada, sekurang-kurangnya satu jam postpartum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

- b. Menjaga kesehatan ibu dan anak

Menjaga kesehatan ibu dengan :

- 1) Penyediaan Makanan yang Memenuhi Kebutuhan Gizi ibu bersalin.
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari karena ibu sekarang dalam masa menyusui.
 - b) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, lemak, mineral, dan Vitamin yang cukup.

c) Minum sedikit 3 liter air setiap hari. Air juga berperan dalam mendukung terjadinya proliferasi sel. Dehidrasi menyebabkan pengerasan epidermis yang akan memperlama penyembuhan luka pada ibu bersalin (Brown dan Philips, 2010).

2) Menghilangkan Terjadinya Anemia

Anemia merupakan suatu penyakit berkurangnya kandungan hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari 10,5 menurut WHO).

3) Pencegahan terhadap infeksi dengan memperhatikan keberhasilan dan sterilisasi.

Pergerakan otot yang cukup, agar tunas otot menjadi lebih baik, peredaran darah lebih lancar dengan demikian otot akan mengadakan metabolisme lebih cepat.

c. Menjaga Kebersihan Diri

Perawatan keberhasilan pada daerah kelamin bagi ibu bersalin secara normal lebih kompleks dari pada ibu bersalin secara operasi karena pada umumnya ibu bersalin normal akan mempunyai luka episiotomi pada daerah perineum. Bidan mengajarkan kepada ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bidan mengajarnya untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang. Selanjutnya, membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan kepada ibu untuk mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

d. Melaksanakan screening secara komprehensif.

Tujuan dilakukan screening adalah untuk mendeteksi masalah apabila ada, kemudian mengobati dan merujuk apalagi terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Pada keadaan ini, bidan bertugas melakukan pengawasan kala IV persalinan.

e. Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara.

Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat disampaikan kepada ibu bersalin untuk menyiapkan diri sebagai seorang ibu yang menyusui.

1) Menjaga agar payudara tetap bersih dan kering

- 2) Menggunakan bra yang menyokong payudara atau bisa menggunakan bra menyusui agar nyaman melaksanakan peran sebagai ibu menyusui.
 - 3) Menjelaskan dan mengajari tentang teknik menyusui dan pelekatan yang benar.
 - 4) Apabila terdapat permasalahan puting susu yang lecet, sarankan untuk mengoleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui.
 - 5) Kosongkan payudara dengan pompa ASI apalagi bengkak dan terjadi bendungan ASI. Urut payudara dari arah pangkal menuju puting, kemudian keluarkan ASI sebagian dari bagian dari bagian depan payudara, sehingga puting menjadi lunak atau pakai bantuan pompa. Susukan bayi setiap 2-3 jam. Pompa lagi ketika ASI tidak langsung dihisap anak.
 - 6) Memberikan semangat kepada ibu untuk tetap menyusui walaupun masih merasakan rasa sakit setelah persalinan.
- f. Pendidikan tentang peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
 - g. Konseling Keluarga Berencana (KB).
 - h. Mempercepat involusi alat kandungan.
 - i. Melancarkan fungsi gastroin testisinal atau perkemihan.
 - j. Melanjarkan pengeluaran lochea.
 - k. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Heryani (2010) terjadi menjadi tiga tahapan, yaitu:

- b. Puerperium Dini Masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan (mobilisasi)
- c. Puerperium Intermedial Masa pemulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.
- d. Remote Puerperium Masa pemulihan dan sehat kembali dalam keadaan sempurna.

2.3.4 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Risa Pitriani (2014) adalah:

- a. Periode *Taking In* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - 1) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
 - 2) Ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
 - 3) Ibu mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan.
 - 4) memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - 5) Nafsu makan ibu biasanya bertambah.
- b. Periode *Taking On/ Taking Hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
 - 1) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab bayinya.
 - 2) Ibu memfokuskan perhatian pada fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuhnya.
 - 3) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - 4) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.
 - 5) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak bisa membesarkan bayinya.
- c. Periode *Letting Go* (berlangsung 10 hari setelah melahirkan)
 - 1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarga.
 - 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya.
 - 3) Depresi postpartum sering terjadi.

2.3.5 Kunjungan masa nifas

Menurut Kumalasari (2015) kunjungan masa nifas dibagi menjadi tiga kali kunjungan, yaitu:

- a. Kunjungan I (6-48 jam post partum)
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 2) Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi.
 - 3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (bounding attachment).
 - 4) Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif).

- b. Kunjungan II (4 hari-28 hari)
 - 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan III (29 hari-42 hari)
 - 1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.
 - 2) Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu nifas dan bayi.

2.3.6 Tanda bahaya masa nifas

- a. Perdarahan lewat jalan lahir,
- b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir,
- c. Demam,
- d. Bengkak di wajah, tangan, dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang,
- e. Nyeri atau panas di daerah tungkai,
- f. Payudara bengkak merah disertai rasa sakit,
- g. Puting lecet,
- h. Ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya) (Kemenkes, 2015).

2.3.7 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 2.4 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/ke coklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	Lebih dari 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Damai, 2011

2.3.8 Penyakit Hipertensi Pada Kehamilan Saat Masa Nifas

Menurut manuaba (2007) kondisi ibu dengan hipertensi harus dipantau, setidaknya setiap 4 jam selama 24 jam setelah melahirkan karena masih terdapat kemungkinan yang membahayakan bahwa ibu akan menderita preeklampsia.

2.3.9 SOAP Pada Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Menurut Sih Rini Handayani, 2017 dalam pendokumentasi asuhan SOAP pada ibu nifas, yaitu:

a) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesa/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri atau keluarga. Dalam anamnesa perlu dikaji:

1. Identitas

- a. Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b. Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun.
- 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.
 - 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 (Varney, dkk, 2007).
 3. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari, meliputi:
 - a) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).
 - b) Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
 - c) Personal Hygiene: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).
 - d) Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).
 - e) Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan

sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).

- f) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).

4. Data Psikologis, meliputi:

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

b) Data Obyektif

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

- 1) Pemeriksaan Umum, meliputi: Keadaan Umum, Kesadaran, Keadaan Emosional, Tanda-tanda Vital
- 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 (Varney, dkk, 2007). 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 (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, linea nigra dan stretchmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). 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: (a) Lokhea rubra (Cruenta), muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium serta sisa darah. (b) Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir. (c) Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi. (d) Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. (e) Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.
 - d. Luka Perineum : Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).
 - e. Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan muncul spider nevi, maka akan menetap pada masa nifas (Bobak, dkk, 2005).
- 3) Pemeriksaan Penunjang
- Hemoglobin: Pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
 - Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006)

c) Assessment

Diagnosa kebidanan dari data dasar hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang akan diproses menjadi masalah atau diagnosis.

- Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu.
- Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Ketidaknyamanan yang dirasakan pada ibu nifas adalah 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.

d) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Rencana tindakan asuhan kebidanan pada masa nifas disesuaikan dengan kebijakan program nasional, antara lain :

1. Periksa tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, lochea dan cairan pervaginam lainnya serta payudara.
2. Berikan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam nifas, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
3. Berikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Saifuddin mendefinisikan bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Dwiendra, 2014). Bayi bayi lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi kepala melalui vagina dengan usia kehamilan 37 sampai 42 minggu dengan berat bayi 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tidak ada cacat bawaan. Menurut Marmi (2012) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran yang berusia 0-28 hari. Sesudah kelahiran ada 3 masa yaitu neonates adalah

bayi yang berumur 0 jam sampai dengan usia 1 bulan, neonates dini adalah bayi yang berusia >7 hari, dan neonates lanjut adalah bayi yang berusia 7-28 hari (Sholichah, Nanik, 2017).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Kumalasari (2015) ciri-ciri bayi baru lahir adalah:

- a. Berat badan 2500-4000 gram,
- b. Panjang badan lahir 48-52 cm,
- c. Lingkar dada 30-38 cm,
- d. Lingkar kepala 33-35 cm,
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit,
- f. Pernafasan 40-60 kali/menit,
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup,
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna,
- i. Kuku agak panjang dan lemas,
- j. Genetalia pada bayi perempuan labia mayora menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun dan skrotum ada,
- k. Reflek hisap dan menelan (+),
- l. Reflek moro/gerak memeluk bila dikagetkan (+),
- m. Eliminasi baik, meconium keluar dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Penyakit Hipertensi Pada Kehamilan Saat Bayi Baru Lahir

Risiko pada janin, hipertensi dapat meningkatkan risiko kelahiran buruk. Hipertensi mempengaruhi pembuluh darah, sehingga dapat menyebabkan nutrisi, oksigen, serta darah yang mengalir kepada bayi terbatas. Akibatnya, janin harus dilahirkan dengan segera atau prematur yang berpotensi memberi risiko lanjutan, seperti asfiksia ringan sampai berat, gangguan kesehatan, berat lahir rendah, atau hal terburuk lainnya adalah kematian (Ilham Murtala, 2015).

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram atau sampai dengan 2499 gram (Saifuddin, 2010).

Perawatan dengan bayi baru lahir normal dengan berat badan rendah dilakukan oleh ahli neonatologi, dengan fasilitas dengan fasilitas yang ada di unit perawatan neonatus intensif. Mempertahankan suhu tidak

boleh kurang dari 24°C atau dimasukkan kedalam incubator dengan suhu 26-32°C. Untuk mencegah infeksi dapat dilakukan dengan mencuci tangan terlebih dahulu sebelum memegang bayi.

Menurut Vidia dan Pongki (2016), penatalaksanaan Asfiksia meliputi:

1. Tindakan Umum
 - a. Bersihkan jalan nafas : Kepala bayi diletakkan lebih rendah agar lendir mudah mengalir, bila perlu digunakan laringoskop untuk membantu penghisapan lendir dari saluran nafas yang lebih dalam.
 - b. Rangsang refleks pernafasan : dilakukan setelah 20 detik bayi tidak memperlihatkan bernafas dengan cara memukul kedua telapak kaki menekan tanda achilles.
 - c. Mempertahankan suhu tubuh.
2. Tindakan Khusus Asfiksia Berat
 - a. Berikan O₂ dengan tekanan positif dan intermenten melalui pipa endotrakeal. Dapat dilakukan dengan tiupan udara yang telah diperkaya dengan O₂. O₂ yang diberikan tidak lebih 30 cm H₂O. Bila pernafasan spontan tidak timbul lakukan massage jantung dengan ibu jari yang menekan pertengahan sternum 80-100 x/menit.
 - b. Asfiksia Sedang/Ringan Pasang Relkiek pernafasan (hisap lendir, rangsang nyeri) selama 30-60 detik. Bila gagal lakukan pernafasan kodok (Frog Breathing) 1-2 menit yaitu kepala bayi ekstensi maksimal beri o₂ 1-21/menit melalui kateter dalam hidung, buka tutup mulut dan hidung serta gerakkan dagu ke atas bawah secara teratur 20 x/menit.
 - c. Penghisapan cairan lambung untuk mencegah regurgitasi.

Menurut Amry dan Merry (2018) komplikasi penyakit hipertensi pada kehamilan saat bayi baru lahir adalah prematuritas dan BBLR. Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan pada bayi prematur adalah sebagai berikut:

1. Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi prematur mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.

2. Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
4. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
5. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih serta pertahankan suhu tetap hangat.
6. Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu.
7. Tali pusat dalam keadaan bersih.
8. Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

2.4.4 SOAP Pada Asuhan Kebidanan BBL

a) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesa/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri atau keluarga. Dalam anamnesa perlu dikaji:

1. Identitas Bayi, meliputi:
 - a. Nama: Untuk mengenal bayi.
 - b. Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.
 - c. Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.
2. Identitas Orangtua, meliputi:
 - 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.
- g. Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi.

3. Data Kesehatan, meliputi:

- 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

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

- 1. Pemeriksaan Umum, meliputi: Keadaan Umum, 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°. 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).
- 2. Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a. Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik.
 - b. Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar
 - c. Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih

- d. Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya
- e. Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f. Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
- g. Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
- h. Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i. Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam
- 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

- 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 (Saifuddin, 2006).
 - 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 (Johnson dan Taylor, 2005).
3. Pemeriksaan Refleks
- a. Moro: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis.
 - b. Rooting: Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat.
 - c. Sucking: Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal.
 - d. Grasping: Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat.
 - e. Startle: Bayi meng-ekstensi dan mem-fleksi lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks

ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran

- f. Tonic Neck: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan.
- g. Neck Righting: Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama.
- h. Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun.

c) Assessment

Diagnosa kebidanan dari data dasar hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang akan diproses menjadi masalah atau diagnosis.

- Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan
- 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

Menurut Bobak, dkk. (2005), penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan pada bayi prematur adalah sebagai berikut:

1. Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi prematur mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.

2. Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
4. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
5. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih serta pertahankan suhu tetap hangat.
6. Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu.
7. Tali pusat dalam keadaan bersih.
8. Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian KB

Keluarga berencana atau (KB) adalah salah satu metode yang digunakan untuk mengendalikan jumlah penduduk (Meihartati, 2017). Keluarga berencana (family planning/planned parenthood) merupakan salah satu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi (Winarsih, 2015). Program KB dilaksanakan dengan menggunakan metode kontrasepsi, yaitu metode kontrasepsi jangka panjang dan jangka pendek (LasiahSusanti, 2018). Keluarga berencana menurut Arum (2009) tercantum dalam UU No. 10 Tahun 1992 pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian peran serta masyarakat peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

2.5.2 Tujuan KB

Menurut Sulistyawati (2013) dalam penelitian Sari (2015) tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Menurut hartanto dalam penelitian Sari (2015) tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

2.5.3 Jenis - Jenis Kontrasepsi

Menurut Flourisa dan Maria (2012) Kontrasepsi adalah cara untuk menghindari/ mencegah terjadinya kehamilan akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma sehingga dapat mencegah terjadinya kehamilan. KB Pasca Persalinan adalah penggunaan alat kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan. Dalam penelitian Sari (2015) jenis - jens alat kontrasepsi dibagi menjadi:

a. Metode ameneora laktasi (MAL)

Metode amneora laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya di berikan ASI (tanpa tambahan makanan dan minuman apapun. MAL dapat di pakai sebagai kontrasepsi bila:

1. Menyusui secara penuh (full breast feeding). Lebih efektif bila pemberian >8X sehari:Belum haid atau Umur bayi kurang dari 6 bulan.
2. Efektif sampai 6 bulan.
3. Harus di lanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
4. Keuntungan
 - Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan),
 - Segera efektif,
 - Tidak mengganggu senggama,
 - Tidak ada efek samping secara sistematis,
 - Tidak perlu pengawasan medis,
 - Tidak perlu obat atau alat,
 - Tanpa biaya,
 - Keuntungan tanpa kontrasepsi (IA Ludmila 2018).

b. KB Pil

Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga mencegah ovulasi. Pil oral juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2002). Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

1) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- a. Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosisi yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- b. Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.
- c. Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda, 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari

2) Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- a. Tidak mengganggu hubungan seksual
- b. Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c. Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d. Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e. Mudah dihentikan setiap saat
- f. Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- g. Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea.

3) Keterbatasan KB Pil menurut Sinclair (2010) yaitu:

Amenorhea, Perdarahan haid yang berat, Perdarahan diantara siklus haid, Depresi, Kenaikan berat badan, Mual dan muntah, Perubahan libido, Hipertensi, Jerawat, Nyeri tekan payudara, Pusing, Sakit kepala, Kesemutan ringan.

c. KB Suntik

KB suntik mempunyai efektivitas yang tinggi jika penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Alat kontrasepsi suntik adalah obat yang disuntikan 1 bulan sekali atau 3 bulan sekali. Untuk 1 bulan sekali berisi estrogen dan progesteron, dan yang untuk 3 bulan sekali berisi progesteron saja (Burzi,2006). Prinsip kerjanya, hormon progesteron mencegah pengeluaran sel telur dari kandung telur, mengentalkan cairan dileher rahim sehingga sulit ditembus sperma, membuat lapisan dalam rahim menjadi tipis dan tidak layak untuk tempat tumbuh hasil konsepsi, serta membuat sel telur berjalan lambat sehingga mengganggu waktu pertemuan sperma dan sel telur. Mengingat kontrasepsi suntik berperan besar dalam mengganggu kesuburan ibu terutama pada saat menstruasi. Salah satu efek alat kontrasepsi suntik pada saat menstruasi mengakibatkan lapisan lendir rahim akan menipis.

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu: Gangguan haid, Keputihan, Galaktorea, Jerawat, Rambut Rontok, Perubahan Berat Badan, Perubahan libido.

d. Implan

Implan adalah alat kontrasepsi yang dipasang dibawah lapisan kulit (subkutin) pada lengan atas bagian samping dalam.

Menurut Affandi dkk (2012: MK-55), jenis- jenis alat kontrasepsi hormonal implan dibagi menjadi:

1. Norplan, terdiri dari 6 kapsul yang secara total mengandung 216 mg levonorgestrel, panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm dan lama kerjanya 5 tahun.
2. Implanon, terdiri dari satu batang putih yang lentur memiliki panjang kira-kira 40 mm dan diameter 20 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- ketodesogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

Keuntungan kontrasepsi Implant menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- Daya guna tinggi
- Perlindungan jangka panjang
- Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- Tidak mengganggu dari kegiatan senggama
- Tidak mengganggu ASI
- Klien hanya kembali jika ada keluhan
- Dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan
- Mengurangi nyeri haid
- Mengurangi jumlah darah haid
- Mengurangi dan memperbaiki anemia
- Melindungi terjadinya kanker endometrium
- Melindungi angka kejadian kelainan jinak payudara
- Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- Menurunkan kejadian endometriosis.

Keterbatasan kontrasepsi Implant menurut Saifuddin (2010) yaitu: Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spooting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorhea.

e. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan refertile yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (Imelda, 2018). IUD merupakan alat berukuran kecil jenis IUD Copper T berbentuk seperti huruf T yang dimasukkan ke dalam rahim dan memiliki manfaat kontraseptif karena menghalangi sperma masuk ke dalam tuba falopi.

Keuntungan:

- Efektifitasnya tinggi
- IUD sangat efektif segera setelah pemasangan
- Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat kapan harus ber KB
- Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil

- Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- Mencegah kehamilan ektopik (Saifuddin, 2003; h. MK-75).

Kerugian:

- Perubahan siklus haid (pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan)
- Haid lebih lama dan banyak
- Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- Saat haid lebih sakit
- Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang berganti-ganti pasangan (Saifuddin, 2003; h. MK-75).

f. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens 14 sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010).

2.5.4 Penyakit Hipertensi Pada Kehamilan Saat Penggunaan Alat

Kontrasepsi

Perempuan memiliki hormon estrogen yang mempunyai fungsi mencegah kekentalan darah serta menjaga dinding pembuluh darah supaya tetap baik. Pada akseptor KB hormonal, mengalami ketidakseimbangan hormon estrogen karena produksi hormon estrogen di otak dihambat oleh hormon – hormon kontrasepsi yang diberikan. Apabila kondisi ketidakseimbangan hormon estrogen ini berlangsung lama, maka akan dapat meningkatkan kekentalan darah walaupun dalam tingkatan yang sedikit sehingga akan mempengaruhi tingkat tekanan darah (Setiawan, 2014). Untuk itu ibu dengan hipertensi dianjurkan untuk

menggunakan KB non hormonal yaitu KB IUD dan jika ingin menghentikan kehamilan secara permanen dilakukan kontrasepsi mantab.

Menurut Winarsih (2017), Ibu dengan hipertensi tidak disarankan menggunakan alat kontrasepsi yang mengandung hormonal karena dapat memperburuk kondisi. Seperti pada pil KB dan suntik KB mengandung kombinasi hormon sintetis estrogen dan progesteron sehingga tidak di anjurkan.

2.5.5 SOAP Pada Asuhan Kebidanan KB

a) Subjektif (S)

Data atau fakta yang merupakan informasi yang termasuk biodata, mencakup nama, umur, tempat tinggal, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan serta keluhan-keluhan, diperoleh dari hasil wawancara langsung pada pasien atau dari keluarga kesehatan lainnya. Keluhan yang dirasakan klien, riwayat keluhan, sifat keluhan, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat ginekologi, dan riwayat KB

b) Objektif (O)

Dapat dilihat pada kartu akseptor dimana tercantum bahwa klien memakai KB apa. Data objektif meliputi:

1. Pemeriksaan Umum Keadaan umum (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, dan BB). Tekanan darah, kelebihan dan kekurangan berat badan dapat mengganggu fungsi hormonal tubuh sehingga sering kali mengalami amenorhea.
2. Pemeriksaan fisik secara sistematis Inspeksi daerah wajah perhatikan ekspresi wajah ibu, palpasi pada daerah leher untuk memastikan tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, yang dapat menyebabkan produksi prolaktin sehingga hormone yang bertanggung jawab pada kesuburan wanita menjadi terganggu, akibatnya siklus menstruasi menjadi terganggu.
3. Pemeriksaan Penunjang : tes kehamilan untuk memastikan tidak terjadi kehamilan.

c) Assesment (A)

Merupakan keputusan yang ditegakan dari hasil perumusan masalah yang mencakup kondisi, masalah dan prediksi terhadap

kondisi tersebut. Penegakan diagnosa kebidanan dijadikan sebagai dasar tindakan dalam upaya menanggulangi ancaman keselamatan pasien/klien.

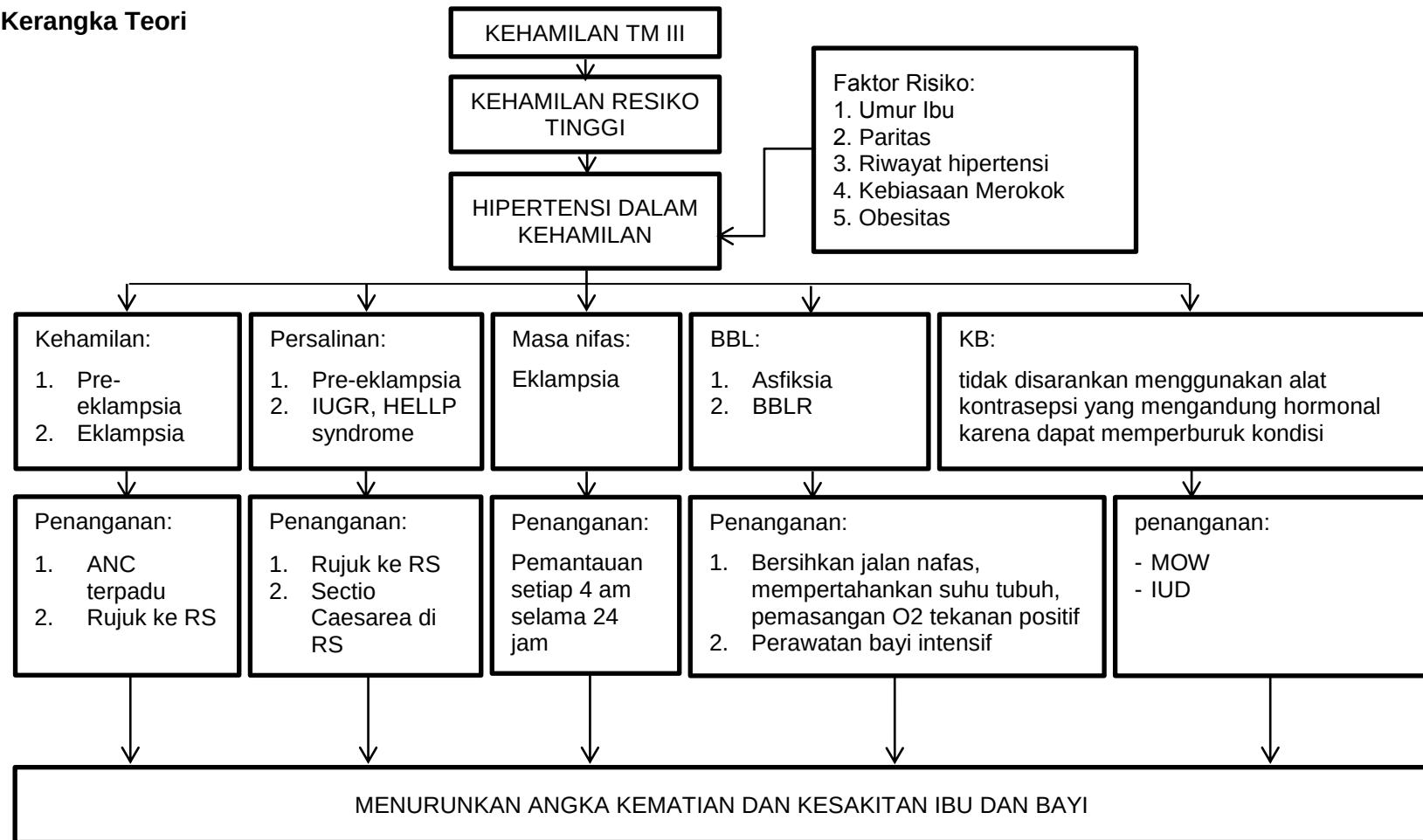
d) Penatalaksanaan

Melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun bekerja sama dengan tim kesehatan lain. Bidan harus melakukan implementasi yang efisien dengan melaksanakan yang telah direncanakan, yaitu menjelaskan tentang keuntungan, keterbatasan, dan efek samping dari KB yang akan dipilih.

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan pada ibu tentang alat kontrasepsi yang cocok pada ibu dengan penyakit menyertai, kontrasepsi non hormonal jangka panjang seperti KB IUD atau kontrasepsi mantap.
2. Mengarahkan ibu untuk memakai kontrasepsi IUD/AKDR atau kontrasepsi mantap.
3. Menjelaskan pada ibu tentang cara penggunaan alat kontrasepsi IUD/AKDR atau kontrasepsi mantap.
4. Menjelaskan pada ibu tentang kelebihan, kekurangan dan efek samping dari KB IUD/AKDR atau kontrasepsi mantap.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "S" Kehamilan Trimester III Dengan Hipertensi Sampai Dengan Rencana Penggunaan Alat Kontrasepsi.