

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Klinis

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan adalah penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan implantasi. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu, dan trimester ketiga 13 minggu (Saifuddin, 2009).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

1) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih. Pembesaran uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena peregangan sel-sel otot uterus dan terus mengalami peningkatan frekuensi, durasi dan intensitas serta mencapai keteraturan menuju persalinan serta dapat menimbulkan pembesaran abdomen (Varney, dkk., 2007).

2) Serviks Uteri

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti, dan edema yang menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda Chadwick. Dalam persiapan persalinan, estrogen dan hormon plasenta relaxin membuat servix lebih lunak yang disebut juga tanda Goodell (Varney, dkk., 2007).

3) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotoprin korionik (*human placental lactogen*). Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum (Varney dkk., 2007).

4) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri sakroiliaka, sakrokoksigeus dan pubis, yang kemungkinan akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan pelvis meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar menyebabkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan (Varney, dkk., 2007).

5) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat (Wiknjosastro, 2007).

6) Sistem Respirasi

Pada kehamilan 32 minggu ke atas, uterus yang membesar menekan usus-usus ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak menyebabkan sesak nafas. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu selalu bernafas lebih dalam dan bagian toraksnya juga melebar ke sisi (Wiknjosastro, 2007).

7) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Wiknjosastro, 2007). Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009).

Tabel 1. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

Sumber: Saifudin, 2009.

c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Ibu perlu keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Selain itu ibu akan mengalami perasaan canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang besar dari pasangannya (Varney, dkk., 2007).

d. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Varney (2007) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain yaitu:

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.

2) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas

gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

3) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

4) Dispareunia

Ketidaknyamanan ini disebabkan oleh abdomen yang membesar pada akhir kehamilan atau saat bagian presentasi mengalami penurunan ke dalam panggul. Faktor-faktor psikologis dapat menyebabkan dispareunia karena pemahaman yang salah dan kekhawatiran akan menyakiti bayi.

5) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan dikarenakan berat uterus yang semakin membesar disertai dengan aktivitas berlebih sehingga mengakibatkan lelah. Masalah memburuk jika otot-otot abdomen wanita tersebut lemah sehingga gagal menopang uterus yang membesar. Kelemahan otot abdomen lebih umum terjadi pada wanita multigravida yang tidak pernah melakukan aktivitas olahraga dibandingkan pada primigravida karena pada primigravida biasanya memiliki otot abdomen yang baik karena belum pernah mengalami peregangan. Dengan demikian keparahan

nyeri punggung bagian bawah biasanya meningkat seiring paritas. Cara mengatasi yaitu: hindari membungkuk berlebihan, kompres air hangat, istirahat teratur, dan olahraga teratur (Varney, dkk., 2006).

6) Kram kaki

Kram kaki dapat disebabkan oleh diet rendah kalsium atau melakukan aktivitas yang sama sekali baru. Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstremitas bawah dan dapat memberi tekanan pada saraf yang berjalan melewati foramen obturator.

7) Varises

Varises biasanya menjadi lebih jelas terlihat seiring dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan, dan lama waktu yang dihabiskan dalam posisi berdiri. Tekanan femoralis makin meningkat seiring dengan tuanya kehamilan.

8) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, pada vena hemoroid yang akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul.

9) Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah yang besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis. Produktivitas kelenjar serviks dalam menyekresi sejumlah besar lendir pada saat ini guna membentuk sumbat lendir ternyata juga dapat mengakibatkan leukorea.

10) Konstipasi

Konstipasi disebabkan karena pengerasan feses yang terjadi akibat penurunan kecepatan kerja peristaltik karena progesteron yang menimbulkan efek relaksasi, pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplemasi zat besi dan aktivitas fisik yang kurang.

11) Edema Ekstremitas Bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

12) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

e. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan Trimester III

1) Perdarahan

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri (Pantikawati dan Saryono, 2010).

2) Sakit kepala yang berat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Ibu mungkin bisa menjadi pengelihatannya kabur atau berbayang yang merupakan gejala dari preeklamsia (Pantikawati dan Saryono, 2010).

3) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan

pertanda anemia, gagal jantung, dan preeklamsia (Pantikawati dan Saryono, 2010).

4) Keluar cairan pervaginam

Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm maupun aterm. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan (Pantikawati dan Saryono, 2010).

5) Gerakan janin tidak terasa

Bayi mungkin saja gerakannya akan melemah apabila bayi tidur. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Tanda dan gejala apabila gerakan tersebut lemah yaitu gerakan kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam (Pantikawati dan Saryono dan Saryono, 2010).

6) Nyeri hebat di daerah abdominal

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda – tanda di bawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen
- b) Preeklampsia
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba

- e) Uterus tegang dan nyeri
- f) Janin mati dalam rahim (Saifuddin, 2010).

Menurut Saifuddin (2010) beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai adalah sebagai berikut :

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
 - b) Disuria
 - c) Menggigil atau demam
 - d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
 - e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya
- f. Pemantauan Kesejahteraan Janin Selama Kehamilan

Pengkajian janin pada trimester III adalah untuk mencegah terjadinya kematian janin. Menurut Wahyuni (2011) hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

1.) Perhitungan Gerakan Janin

Perhitungan gerakan janin merupakan teknik yang paling mudah untuk dipraktikkan pada ibu-ibu hamil. Aktivitas janin menunjukkan kepastian bahwa janin hidup dan bahwa penurunan aktivitas janin secara dramatis atau berhentinyagerakan janin mengkhawatirkan.

Pergerakan janin harus dihitung pada usia kehamilan 34 – 36 minggu bagi wanita yang berisiko rendah insufisiensi uteriplasenta. Bagi mereka yang faktor risikonya sudah teridentifikasi, usis

kandungan 28 minggu merupakan waktu yang tepat untuk memulai perhitungan. Metode untuk perhitungan gerakan janin:

- a.) Jadwalkan satu sesi untuk perhitungan per hari
- b.) Jadwalkan sesi waktu yang sama setiap hari
- c.) Catat berapa lama biasanya dibutuhkan untuk erasakan 10 kali gerakan
- d.) Setidaknya harus terdapat 10 gerakan dalam 10 jam.
- e.) Apabila gerakan kurang dari 10 kali dalam 10 jam, jika dibutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai 10 kali gerakan, atau jika tidak terasa gerakan dalam 10 jam, hubungi bidan.

2) Tes akselerasi auskultasi

Dalam mengevaluasi status janin salah satunya dengan mendeteksi denyut jantung janin sebagai jaminan bahwa janin dalam keadaan sehat. Menilai denyut jantung janin (DJJ) dapat menggunakan fetoskop maupun alat ultrasonografi.

3) Cardiff "*Count of 10*"

Cara lain untuk menghitung pergerakan janin adalah Cardiff "Count of 10", atau modifikasinya. Penderita diminta untuk mulai menghitung pergerakan-pergerakan janin pada pagi hari dan terus berlanjut sampai si ibu mendapat hitungan pergerakan janin sebanyak 10. Bila ia menemukan pergerakan lebih dari 10 dalam waktu 10 jam atau kurang, umumnya janin dalam keadaan baik.

Seandainya gerakan janin yang dirasakan ibu kurang dari 10 dalam waktu 10 jam, ia harus mengunjungi dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut.

g. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Menurut Kemenkes (2014), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10T:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- 2) Pengukuran tekanan darah;
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA);
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;

- 7) Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- 10) Tatalaksana kasus.

h. Faktor Risiko Ibu Hamil

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

Faktor risiko ibu hamil menurut Poedji Rochjati dikelompokkan dalam 3 kelompok I, II, dan III yaitu:

- 1) Kelompok I : Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO, ada 10 faktor risiko yaitu 7 terlalu dan 3 pernah.

a) Primi Muda : Ibu hamil pertama pada umur ≤ 16 tahun

b) Primi tua, lama perkawinan ≥ 4 tahun

Ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan bisa, suami istri tinggal serumah, suami atau istri tidak seiring keluar kota, tidak memakai alat kontrasepsi (KB).

- c) Primi Tua pada Umur Ibu ≥ 35 tahun: ibu yang hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun
- d) Primi tua sekunder: Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu
- e) Anak terkecil < 2 th

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain: perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah, bayi prematur atau belum cukup bulan, bayi dengan berat badan lahir rendah/BBLR < 2500 gram (Rochjati, 2011).

- f) Grande multi : ibu pernah hamil/melahirkan anak 4 kali atau lebih.
- g) Umur ≥ 35 tahun : ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi.
- h) Tinggi badan ≤ 145 cm atau kurang
- i) Pernah gagal kehamilan

- j) Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang/ vakum, Uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim, Pernah diinfus/ditransfusi pada perdarahan pascasalin
 - k) Pernah operasi sesar
- 2) Kelompok II: Ada Gawat Obstetrik/ AGO, ada 8 faktor resiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah:
- a) Penyakit ibu hamil: Anemia, Malaria, Tuberkulosa, Payah Jantung, Kencing Manis, PMS, dll
 - b) Preeklamsia ringan
 - c) Hamil Kembar/ Gemeli
 - d) Hamil kembar air/ hydramnion
 - e) Hamil lebih bulan /hamil serotinus
 - f) Janin mati didalam rahim
 - g) Letak sungsang
 - h) Letak Lintang
- 3) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, ada 2 faktor resiko, ada ancaman ibu dan bayi. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah Perdarahan, Preeklamsia dan Eklamsia

i. Usia Ibu Hamil ≥ 35 tahun

Usia ibu saat hamil > 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan, ekonomi (Gilbert, dkk., 1999 dalam Aghamohamaidi dan Noortarijor, 2011). Ibu hamil yang berusia ≥ 35 tahun dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi dan pre-eklampsia
- 2) Ketuban pecah dini: ketuban pecah sebelum persalinan dimulai
- 3) Persalinan tidak lancar/macet
- 4) Perdarahan setelah bayi lahir

Kebutuhan pertolongan medik:

- 1) Perawatan kehamilan teratur agar dapat ditemukan penyakit/faktor risiko lain secara dini dan mendapat pengobatan
- 2) Pertolongan persalinan membutuhkan tindakan/operasi sesar

Pertolongan dapat diberikan oleh PKK dan tenaga kesehatan:

- 1) Memberikan komunikasi, informasi, edukasi/KIE, untuk memeriksakan kehamilan teratur
- 2) Membantu menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun penyakit/faktor risiko dari kehamilan

- 3) Membantu perencanaan: melahirkan pada bidan/Puskesmas
- 4) Merujuk tepat waktu ke rumah sakit bila ada persalinan macet (Rochjati, 2011).

Usia ibu hamil > 35 tahun memiliki hubungan yang signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi premature, berat badan lahir rendah dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan akan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hipertropi plasenta (Aghamohammadi dan Noortarijor, 2011).

Kehamilan Usia ibu lebih dari 35 tahun akan mempengaruhi vaskularisasi yang berkurang pada desidua atau atrofi desidua akibat penurunan fungsi dari system reproduksi oleh karena bertambahnya usia, sehingga aliran darah ke plasenta tidak cukup maka akan terjadi gangguan oksigenasi yang akan mempengaruhi fungsi plasenta dan pertumbuhan janin (Wiknjosastro, 2007).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Penyebab awitan persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan dan profesional perawatan kesehatan mengetahui

cara menginduksi persalinan pada konsisi tertentu. (Varney, dkk., 2007).

b. Tanda-tanda persalinan

1) Lightening

Menurut Varney (2007) hal-hal spesifik berikut yang akan dialami oleh ibu antara lain ibu jadi sering berkemih, perasaan tidak nyaman pada panggul, nyeri, kram pada tungkai dan timbul edema.

2) Perubahan Serviks

Serviks akan melunak dan sedikit mengalami penipisan (*effacement*) dan kemungkinan adanya pembukaan atau sedikit dilatasi (Varney, dkk., 2007).

3) Persalinan Palsu

Kontraksi yang sebenarnya pada persalinan palsu timbul karena adanya kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan (Varney, dkk., 2007).

4) Ketuban Pecah

Menurut Varney (2008), pada kondisi normal ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan dan apabila terjadi sebelum dimulainya persalinan kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD).

5) *Bloody Show*

Bloody show akan muncul biasanya dalam 24 hingga 48 jam sebelum persalinan (Varney, dkk., 2007).

6) Lonjakan energi

Mayoritas wanita akan mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum persalinan. Wanita akan lebih energik dalam melakukan aktivitasnya (Varney, dkk., 2007).

7) Gangguan Saluran Cerna

Menjelang persalinan akan terjadi kesulitan untuk mencerna, mual, dan muntah (Varney, dkk., 2007).

c. Awitan Persalinan

1) Show

Pengeluaran mukus bercampur darah yang dikeluarkan per vaginal. Pengeluaran sumbat mukoid ini merupakan tanda awal aktivitas uteri, tetapi tidak selalu mengindikasikan awitan persalinan (Oxford, 2011).

2) Kontraksi

Tanda yang paling penting karena dilatasi serviks tidak mungkin terjadi tanpa kontraksi uterus yang teratur. Kontraksi akan menjadi lebih lama dan lebih kuat serta lebih teratur saat persalinan berlanjut (Oxford, 2011).

3) Ketuban Pecah

Ini terjadi setiap saat selama atau sebelum persalinan (Oxford, 2011).

d. Tahap tahap persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm (Saifuddin, 2010).

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala dua merupakan kelanjutan data dasar yang dikumpulkan dan dievaluasi selama kala satu persalinan (Varney, dkk., 2007).

Kala II ditandai dengan kontraksi yang lebih intens dan nyeri, ingin mengejan, vulva dan perineum menonjol dan terbuka, anus menonjol kemudian mendatar (Oxford, 2011).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2009). Setelah plasenta lahir kontraksi masih terjadi. Penatalaksanaan aktif kala tiga didefinisikan sebagai pemberian oksitosin segera setelah kelahiran bahu anterior, mengklemp tali pusat

segera setelah kelahiran bayi, dan menggunakan traksi tali pusat terkendali untuk kelahiran plasenta (Varney dkk, 2007).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut (Saifuddin, 2009). Uterus normalnya keras ketika disentuh dan fundus ditemukan di tengah abdomen $\pm$ $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$ antara simfisis dan umbilikus.

Mengkaji dan menjahit perineum apabila terdapat robekan labia anterior dan trauma perineum posterior dengan derajat satu dapat dibiarkan dan pulih secara spontan atau direkatkan dengan melakukan satu jahitan dan mendiskusikan dengan pasien tentang pilihannya. Derajat dua dan episiotomi yakni mengenai kulit, perineum, badan perineum. Otot superfisial yang terobek adalah bulbokavernosa dan otot perineum transversal. Derajat tiga mencapai sfincter ani. Derajat empat mendiskripsikan trauma yang mengenai semua struktur di atas yang meluas sampai ke mukosa rektum (Oxford, 2011).

e. Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontarksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan. Induksi persalinan salah satunya dengan Misoprostol. Misoprostol oral maupun vaginal dapat digunakan untuk pematangan serviks atau

induksi persalinan. Dosis yang digunakan 25-50 µg dan ditempatkan didalam forniks posterior vagina. 100 µg misoprostol per oral atau 25 µg misoprostol per vaginal memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan pada perempuan saat atau mendekati cukup bulan, baik dengan rupture membrane kurang bulan maupun serviks yang baik (Cunningham, 2012).

Induksi persalinan umum dilakukan sebagai suatu prosedur obstetrik, jika menunggu terjadinya persalinan spontan membahayakan kondisi ibu atau janin. Meskipun kemungkinan dilakukan seksio sesaria lebih tinggi jika dilakukan induksi persalinan daripada menunggu persalinan spontan. Angka kejadian induksi semakin meningkat yaitu dari 10% menjadi 20% di beberapa institusi oleh karena peningkatan jumlah induksi oleh karena indikasi obstetri atau medis. Adapun salah satu faktor yang meningkatkan angka induksi persalinan adalah banyak praktisi kesehatan beranggapan bahwa kehamilan lewat waktu atau postterm akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada janin jika tidak segera dilahirkan (Khan, dkk., 2012).

Induksi persalinan sebaiknya dilakukan pada umur kehamilan <42 minggu karena memiliki luaran bayi yang lebih baik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anggraeni (2013) dalam tesis Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi yakni luaran bayi pada induksi kehamilan ≥ 42 minggu lebih buruk

dibandingkan <42 minggu dengan kejadian asfiksia yang lebih besar. Sesuai hasil penelitian dalam hal keberhasilan induksi persalinan, jika induksi dilakukan pada umur kehamilan ≥ 42 minggu harus mempertimbangkan kesejahteraan bayi sebelum induksi dan sebaiknya dievaluasi kemajuan induksi persalinan berdasarkan kematangan servik (score bishop).

Komplikasi dapat ditemukan selama pelaksanaan induksi persalinan maupun setelah bayi lahir. Komplikasi yang dapat ditemukan antara lain: atonia uteri, hiperstimulasi, fetal distress, prolaps tali pusat, rupture uteri, solusio plasenta, hiperbilirubinemia, hiponatremia, infeksi intra uterin, perdarahan post partum, kelelahan ibu dan krisis emosional, serta dapat meningkatkan pelahiran caesar pada induksi elektif (Cunningham, 2012).

3. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2010).

b. Asuhan Pascanatal

Menurut Oxford (2011), aspek fisiologi dalam asuhan pascanatal bertujuan untuk memastikan kesehatan fisik dan untuk mendeteksi adanya penyimpangan dari normal.

1) Tanda-tanda vital

Suhu kisaran suhu normal 36-37°C. Setelah kembali ke kisaran normal suhu tubuh tidak perlu diperiksa secara rutin kecuali ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan. Frekuensi nadi dan nafas yang cepat menunjukkan adanya infeksi. Tekanan darah akan kembali ke batas normal 24 jam setelah kelahiran.

2) Involusi uterus

Dilakukan pemeriksaan secara teratur untuk memantau involusi normal dan mendeteksi penyimpangan awal dari normal. Uterus tetap berkontraksi dan beretraksi serta berada di posisi tengah bawah abdomen.

3) Kehilangan darah per vagina

Diajukan pertanyaan terfokus tentang sifat kehilangan cairan/ darah per vagina untuk menentukan apakah kehilangan normal atau tidak.

4) Perineum

Trauma fisik dan psikologis jangka panjang mungkin akan terjadi, dan bidan harus sensitif dan suportif terhadap ibu di waktu ini.

5) Nyeri perineum

Jika ibu mengalami trauma perineum, bidan mungkin perlu menginspeksi perineum setiap hari selama beberapa hari pertama, untuk memastikan kenyamanan pada setiap jahitan yang ada, untuk memastikan pemulihan luka, dan kebersihan.

6) Sirkulasi

Pembengkakan seharusnya bilateral dan tanpa disertai nyeri.

7) Kaki

Observasi pembengkakan, edema, inflamasi, warna kulit, dan nyeri.

8) Kadar Hemoglobin

Pemeriksaan tidak perlu dilakukan pada wanita yang segar, sehat, yang tidak mengalami efek yang mengganggu akibat kehilangan darah saat melahirkan.

9) Nutrisi

Asupan air yang adekuat sangat penting untuk laktasi, untuk membantu aktivitas gastrointestinal normal, dan mendapat defekasi normal.

10) Defekasi

Defekasi normal 2-3 hari setelah persalinan.

11) Haluaran Urine

Diuresis bermakna terjadi pada 2-3 hari pertama setelah persalinan tanpa disuria.

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2012).

b. Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Arief dan Kristyanasari (2009), bayi baru lahir normal memiliki ciri berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar dada 30-38 cm, frekuensi jantung 120-160 x/menit, respirasi sampai 40 x/menit, kulit merah muda dan licin, rambut lanugo tidak terlihat, kuku warna kemerahan, untuk laki-laki testis sudah turun dan untuk perempuan labia mayora menutup labia minora, reflek hisap dan menelan baik, reflek moro dan grasping sudah baik, eliminasi urine dan meconium keluar 24 jam pertama.

c. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37 – 40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.

Menurut Saifuddin (2009), bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda sesak napas,

frekuensi pernapasan 60 kali/menit, gerak retraksi di dada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum.

Sedangkan tanda-tanda bayi sakit berat menurut Saifuddin (2009) yakni sulit minum, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apneu, kejang/periode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir < 1500 gram.

d. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan kehilangan panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Saifuddin, 2010).

2) Pembersihan jalan nafas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut (Myles, 2009).

3) Memotong dan merawat tali pusat

Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum (Saifuddin, 2010).

4) Inisiasi menyusui dini dan pemberian nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD

adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

5) Identifikasi

Menurut Saifuddin (2009), bayi baru lahir diberikan sebuah alat pengenalan yang efektif dan tetap ditempatnya sampai waktu dipulangkan untuk meminimalkan tertukarnya bayi dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.

6) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus (Saifuddin, 2010).

7) Pemberian Salep Mata

Menurut Saifuddin (2010), pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis.

5. Konsep Dasar Keluarga Bencana

a. Metode Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi Metode Amenhorea Laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim.

b. Metode Amenhorea Laktasi (MAL)

1) Profil

MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. Dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid, umur bayi ≤ 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

2) Cara Kerja

Penundaan/penekanan ovulasi.

3) Keuntungan

Efektivitas tinggi (98% pada 6 bulan pascapersalinan), tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping sistemik, tidak perlu pengawasan medis, mengurangi perdarahan pascapersalinan, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

4) Keterbatasan

Sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Konsep Asuhan Dasar Kebidanan

Berdasarkan Kepmenkes No.369/MENKES/SKIII/2007, manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir

yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak (Kemenkes RI, 2007).

3. Langkah langkah manajemen asuhan kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan yang digunakan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yang tertuang dalam KEPMENKES Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I : Pengkajian

1) Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

2) Kriteria pengkajian

- a) Data tepat, akurat dan lengkap
- b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. Standar III : Perencanaan

1) Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria perencanaan

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV : Implementasi

1) Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien dalam asuhan tindakan
- e) Menjaga privasi klien/pasien
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan
- h) Menggunakan sumber daya, sarana, fasilitas yang ada dan sesuai
- i) Melakukan tindakan sesuai standar
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

e. Standar V : Evaluasi

1) Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan

yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien

2) Kriteria evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan standar

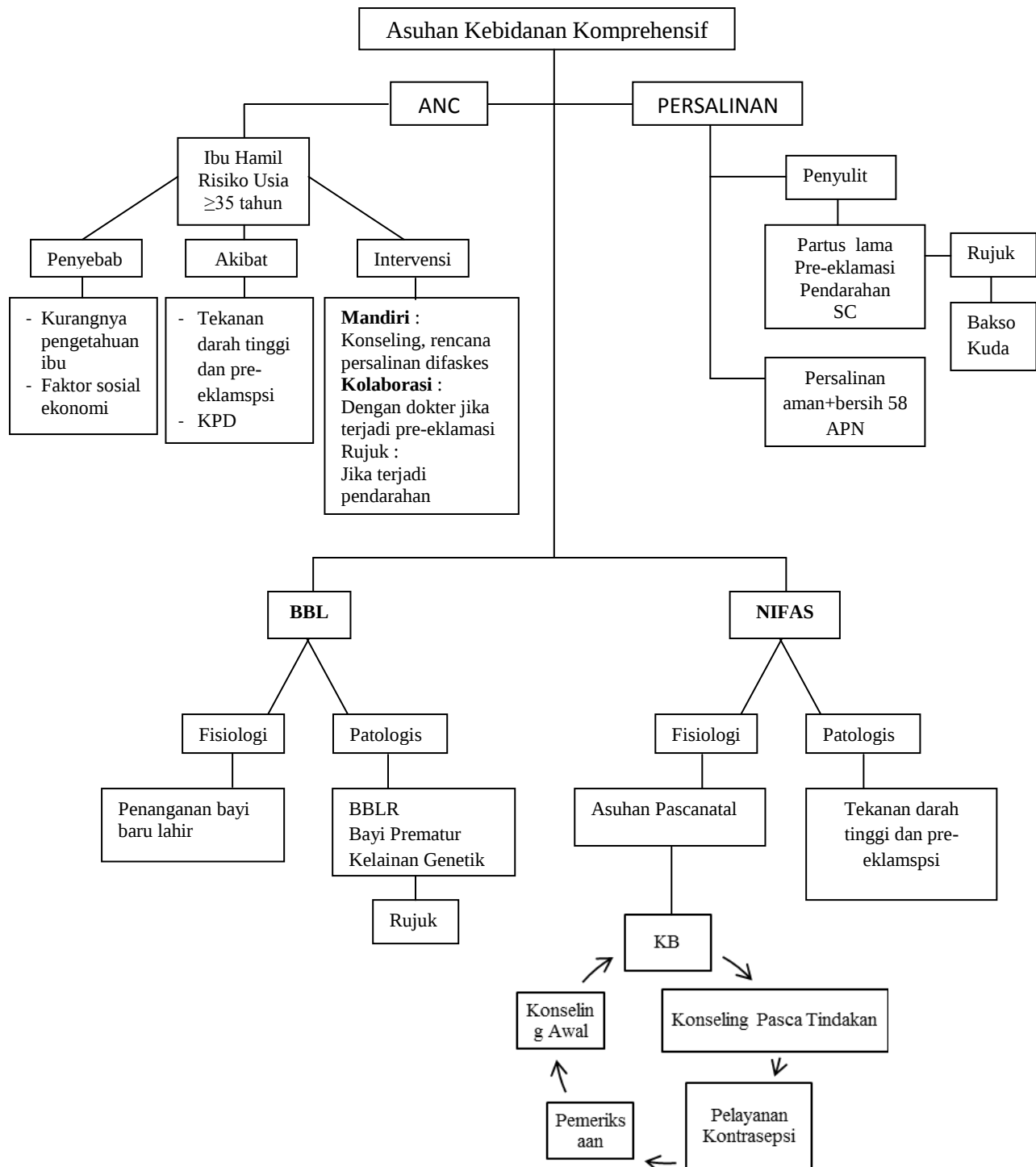
Bidan melakukan pencatatan secara akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- b) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d) O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan.

C. Flowchart Asuhan Komprehensif



Gambar 1. Flowchart Asuhan Berkesinambungan

Modifikasi Pedoman Antenatal Terpadu tahun 2010 dan Jurnal *Maternal age as a risk factor for pregnancy outcomes: Maternal, fetal and neonatal complication*.