

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian

a. Kehamilan adalah masa mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan premature. Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi 3 bagian, masing-masing:

- 1) Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu);
- 2) Kehamilan trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu);
- 3) Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu).

Janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah *viabile* (dapat hidup).

b. Kehamilan normal adalah dimana ibu sehat tidak ada riwayat obstetrik buruk dan ukuran uterus sama / sesuai usia kehamilan. Trimester I (sebelum 14 minggu), trimester II (antara minggu 14-28), dan trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

c. Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan ¹⁴

2. Etiologi

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu :

a. Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter $\pm 0,1$ mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.

b. Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

c. Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.

d. Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

e. Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.

3. Patofisiologi

Ketika seorang perempuan melakukan hubungan seksual dengan seorang laki-laki maka bisa jadi perempuan tersebut akan hamil (Terjadinya kehamilan). Kehamilan terjadi ketika sel sperma yang masuk ke dalam rahim seorang perempuan membuahi sel telur yang telah matang. Seorang laki-laki rata-rata mengeluarkan air mani sebanyak 3 cc, dan setiap 1 cc air mani yang normal akan mengandung sekitar 100 juta hingga 120 juta buah sel sperma. Setelah air mani ini terpancar (ejakulasi) ke dalam pangkal saluran kelamin istri, jutaan sel sperma ini akan berlarian melintasi rongga rahim, saling berebut untuk mencapai sel telur matang yang ada pada saluran tuba di seberang rahim.¹³ Pada saat ovulasi, lapisan lendir di dalam serviks (leher rahim) menjadi lebih cair, sehingga sperma mudah menembus ke dalam rahim. Sperma bergerak dari vagina sampai ke ujung tuba fallopi yang berbentuk corong dalam waktu 5 menit. Sel yang melapisi tuba fallopii

mempermudah terjadinya pembuahan dan pembentukan zigot (sel telur yang telah dibuahi). Jika perempuan tersebut berada dalam masa subur, atau dengan kata lain terdapat sel telur yang matang, maka terjadilah pembuahan. Pada proses pembuahan, hanya bagian kepala sperma yang menembus sel telur dan bersatu dengan inti sel telur. Bagian ekor yang merupakan alat gerak sperma akan melepaskan diri. Sel telur yang telah dibuahi akan mengalami pengerasan bagian luarnya. Ini menyebabkan sel telur hanya dapat dibuahi oleh satu sperma.

4. **Tanda dan gejala kehamilan (diagnosa kehamilan)**

a. Tanda pasti kehamilan

- 1) Teraba bagian-bagian janin dan dapat di kenal bagian-bagian janin
- 2) Terdengar dan dapat dicatat bunyi jantung janin
- 3) Dapat dirasakan gerakan janin
- 4) Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin. Tidak dilakukan lagi sekarang karena dampak radiasi terhadap janin.
- 5) Dengan alat USG dapat diketahui kantung janin, panjang janin, dan dapat diperkirakan tuanya kehamilan serta dapat menilai pertumbuhan janin

b. Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) Pigmentasi kulit, kira-kira 12 minggu atau lebih
- 2) Leukore, sekret serviks meningkat karena pengaruh peningkatan hormon progesteron
- 3) Epulis (hypertrofi papila gingiva), sering terjadi pada TM I kehamilan
- 4) Perubahan payudara, payudara menjadi tegang dan membesar karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktuli dan alveoli payudara. Daerah areola

menjadi lebih hitam karena deposit pigmen berlebihan. Terdapat colostrum bila kehamilan lebih dari 12 minggu.

- 5) Pembesaran abdomen, jelas terlihat setelah kehamilan 14 minggu.
 - 6) Suhu basal meningkat terus antara 37,2 – 37,8 0C
 - 7) Perubahan organ-organ dalam pelvis :
 - a. Tanda Chadwick : livid, terjadi kira-kira minggu ke-6
 - b. Tanda Hegar : segmen bawah rahim lembek pada perabaan
 - c. Tanda Piskasek : uterus membesar kesalah satu jurusan
 - d. Tanda Braxton-Hicks : uterus berkontraksi bila dirangsang.
 - e. Tanda ini khas untuk uterus pada masa kehamilan.
- c. Tanda kemungkinan kehamilan
- 1) Amenore (tidak mendapat haid)
 - 2) Nausea (mual) dengan atau tanpa vomitus (muntah). Sering terjadi pagi hari pada bulan-bulan pertama kehamilan disebut morning sickness
 - 3) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)
 - 4) Konstipasi / obstipasi, disebabkan penurunan peristaltik usus oleh hormon steroid
 - 5) Sering kencing
 - 6) Pusing, pingsan dan mudah muntah Pingsan sering ditemukan bila berada ditempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan, lalu hilang setelah kehamilan 18 minggu
 - 7) Anoreksia (tidak ada nafsu makan).

5. Perubahan Pada Ibu Hamil

a. Perubahan fisiologis

1) Uterus

Uterus bertambah besar semula 30 gram menjadi 1000 gram, pembesaran ini dikarenakan hipertropi oleh otot-otot rahim.

2) Vagina

a) Elastisitas vagina bertambah

- b) Getah dalam vagina biasanya bertambah, reaksi asam PH :3,5-6
 - c) Pembedakan darah dinding vagina bertambah, hingga warna selaput lendirnya berwarna kebiru- biruan (Tanda chadwick).
- 3) Ovarium (Indung Telur)
Ovulasi terhenti, masih terdapat corpus luteum graviditatis sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.
 - 4) Kulit
Terdapat hiperpigmentasi antara lain pada areola normal, papila normal, dan linea alba.
 - 5) Dinding perut
Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan perobekan selaput elastis di bawah kulit sehingga timbul striae gravidarum.
 - 6) Payudara
Biasanya membesar dalam kehamilan, disebabkan hipertropi dari alveoli puting susu biasanya membesar dan berwarna lebih tua. Areola mammae melebar dan lebih tua warnannya.
 - 7) Sistem Respirasi
Wanita hamil terkadang mengeluh sering sesak nafas, yang sering ditemukan pada kehamilan 3 minggu ke atas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim, kapasitas paru meningkat sedikit selama kehamilan sehingga ibu akan bernafas lebih dalam. Sekitar 20-25%.
 - 8) Sistem urinaria
Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang membesar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI. (Sarwono,2010:94-100)

b. Perubahan Psikologis Ibu Hamil.

1) Trimester Pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh maka akan segera muncul berbagai ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah, keletihan dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini.

- a) Ibu akan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan
- b) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar – benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya
- c) Hasrat melakukan seks berbeda – beda pada setiap wanita. Ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami.

2) Trimester Kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum terlalu dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3) Trimester ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu – waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau – kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Trimester juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayinya dan menjadi orang tua. keluarga mulai menduga – duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka. (Marjati dkk, 2010 ; 68 - 69)

6. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

Ketidaknyamanan merupakan suatu perasaan ataupun yang tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu hamil. (Idayah, 2008. 120)

a. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester I

Trimester I yaitu usia kehamilan 0-12 minggu (0-3 bulan). Pada trimester I ibu biasanya mengeluhkan mual dan muntah, letih, pusing, sering kencing, meningkatnya pengeluaran kotoran dari vagina, meningkatnya kerentanan emosional.

1) Mual dan muntah (morning sickness)

Sakit pagi, yang juga sering terjadi pada saat-saat lain sepanjang hari, dialami oleh hampir semua wanita. Ia diakibatkan karena peningkatan hormone HCG dan estrogen/progesterone, reaksi otot-otot halus, perubahan dalam metabolisme karbohidrat,

keletihan dan mekanikal; kongesti, peradangan, pembengkakan dari pergeseran dan biasanya lenyap pada minggu ke-12 sampai ke-14 kehamilan. Meskipun pada kebanyakan wanita, kondisi ini tidak memerlukan banyak intervensi kecuali modifikasi diet, pada sebagian wanita, ia mungkin memerlukan obat anti muntah. Perawatan di rumah sakit dan tetesan glukosa intravenus juga diperlukan jika muntah sangat parah dan pasien tidak dapat menelan apapun dengan mulut. Dalam kasus muntah-muntah yang parah. Kehamilan kembar dan kehamilan geraham harus dikesampingkan dengan mengadakan USG.

Terjadinya mual dan muntah pada kehamilan dapat diatasi dengan:

- a) Menghindari bau atau faktor-faktor penyebabnya.
- b) Makan sedikit-sedikit tapi sering.
- c) Pagi hari setelah bangun tidur, makanlah biskuit atau roti bakar sebelum bangkit dari tempat tidur di pagi hari.
- d) Duduk tegak setiap kali selesai makan.
- e) Hindari makanan yang berminyak dan berbau tajam.
- f) Memakan makanan kering dengan minum di antara waktu makan.
- g) Bangun tidur secara perlahan-lahan dan jangan langsung bergerak.
- h) Jangan menggosok gigi segera setelah makan.
- i) Hindari minum teh atau kopi berlebihan.
- j) Batasi minum, sampai anda mulai merasa tidak terlalu mual.
- k) Tingkatkan konsumsi makanan yang dapat dicerna.

2) Keletihan

Keletihan terjadi pada ibu hamil disebabkan oleh berkurangnya makan/minum dengan mulut, mual dan perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan, kemampuan gerak usus yang mengarah keterhambatan waktu.

Pengosongan berkurang, tekanan uterus yang membesar terhadap usus besar, dan udara yang tertelan, menimbulkan perasaan letih yang biasanya berkurang di trimester kedua.

Terjadinya keletihan pada kehamilan dapat diatasi dengan:

- a) Tidurlah selama kurang dari 8-10 jam pada malam hari dan beristirahatlah yang cukup pada siang hari.
- b) Jika bekerja, selama istirahat maka siang bersikaplah rileks beberapa menit dan berbaringlah dengan kaki diangkat.
- c) Jangan berdiri terlalu lama.
- d) Menghindari memakan makanan yang menghasilkan gas.
- e) Mempertahankan kebiasaan buang air secara teratur.

3) Perasaan pusing

Perasaan pusing terjadi akibat tekanan darah turun selama kehamilan dan gerakan-gerakan mendadak seperti berdiri terlalu lama dan gerakan tiba-tiba dari posisi berbaring atau duduk mungkin menimbulkan perasaan ngantuk dan tidak stabil.

Cara mengatasi:

- a) Jika anda merasa pusing, berbaringlah dan angkatlah lutut anda.
- b) Jangan berdiri tiba-tiba dari posisi duduk atau ketika anda sedang mandi. Jika berbaring, pertama-tama miringlah ke samping sebelum benar-benar bangun.

4) Mengidam

Mengidam yang terjadi pada kehamilan terjadi karena berkaitan dengan anemia akibat kekurangan zat besi dan bias merupakan tradisi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu hamil yang mengidam di antaranya:

- a) Ibu hamil tidak perlu dikhawatirkan selama diet atau asupan gizi terpantau.
- b) Beri pengertian bahaya memakan makanan yang tidak benar.

- c) Bahaslah rencana makanan yang dapat diterima mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau tradisi adat.

5) Sering kencing

Perasaan sering kencing disebabkan oleh rahim yang membesar menekan kandung kemih dan menimbulkan dorongan untuk kencing. Berusahalah membatasi minum di sore hari jika dorongan untuk kencing mengganggu anda pada malam hari. Jika ada rasa sakit dan sensasi panas selama kencing, berkonsultasilah dengan dokter.

6) Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah 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*. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti panty berbahan katun dengan sering. Wanita seharusnya tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia.

7) Meningkatnya kepekaan emosional

Selama kehamilan, orang mungkin mengalami perubahan mood yang cepat dan perasaan marah. Ini antara lain disebabkan oleh meningkatnya level hormone tertentu. Keletihan, mual dan kecemasan berkenaan dengan kehamilan. Anda mungkin lekas terganggu dan marah.

Cara mengatasi:

- a) Makanlah makanan yang higienis, berbagai buah, dan sayuran.
- b) Sikatlah gigi anda sekurangnya dua kali sehari. Perdarahan kecil dari gusi kadang-kadang terjadi selama kehamilan.

Gunakan sikat gigi yang halus dan makanlah buah citrus segar banyak-banyak.

- c) Beristirahatlah sekurang-kurangnya dua jam pada siang hari dan tidurlah selama 8 jam pada malam hari.
- d) Hindari kerja atau olahraga keras.
- e) Hubungan seks dapat dilakukan seperti biasa kecuali dalam kasus ada rasa sakit diperut, perdarahan vagina atau keguguran di masa lalu.

8) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati dapat mulai dari awal kehamilan dan sering menjadi lebih hebat sejalan dengan kemajuan kehamilan. Nyeri ulu hati disebabkan oleh dua hal-refluks (mengalir ke atas) asam lambung ke dalam esophagus dan perubahan hormonal kehamilan. Selama kehamilan, tubuh menghasilkan hormone yang dapat merilekskan otot-otot involunter, dimana otot tersebut normalnya mencegah asam lambung untuk mengalir kembali ke dalam esophagus dan perubahan hormonal kehamilan. Karena otot-otot tersebut tidak melakukan fungsi sebagaimana biasanya, maka anda mengalami nyeri ulu hati. Anda mungkin akan mengalami nyeri ulu hati selama trimester ketiga terutama. Ketika rahim yang membesar menekan lambung dan sebagian usus. Hal ini dapat menyebabkan isi lambung masuk kembali ke dalam esophagus. Antasida dapat sangat mengurangi perih. Ikuti instruksi pemberi asuhan kesehatan atau petunjuk yang terdapat dalam kemasan yang berhubungan dengan kehamilan. Jangan mengabaikannya dan meminumnya terlalu banyak dalam upaya untuk mendapatkan kesembuhan.

Selain meminum antasida cobalah saran-saran berikut:

Makan makanan dalam jumlah yang lebih kecil dengan sering. Hindari minuman berkarbonasi. Jangan makan makanan yang anda ketahui menyebabkan nyeri ulu hati, seperti makan manis

gurih. Hindari makan sebelum waktu tidur. Ketika berbaring, tinggikan kepala dan bahu.

9) Guratan pada kulit tubuh

Terjadi karena kulit menjadi renggang (akibat berat badan yang naik terlalu cepat). Guratan yang dimaksud berwarna kemerahan atau merah muda kerap dialami oleh wanita hamil yang terkadang bisa menimbulkan rasa gatal pada perut, dada atau pinggang. Mengurangi guratan bias dilakukan dengan menjaga badan selama kehamilan agar tidak naik terlalu besar dalam tempo sangat cepat. Guratan ini akan hilang dengan sendirinya setelah beberapa bulan melahirkan.

b. Ketidak Nyamanan Ibu Hamil pada Trimester II

Trimester kedua adalah usia kehamilan minggu ke-13 sampai ke-28. Trimester kedua mungkin merupakan periode yang paling nyaman dari kehamilan. Ketidaknyamanan yang biasa dirasakan dalam kehamilan dini menjadi tidak terlalu mengganggu lagi dan memperoleh kembali nafsu makan dan kekuatan.

1) Sembelit

Buang air besar melambat karena pengaruh hormone progesterone dan BAB menjadi keras dan tidak sering. Kebiasaan buang air besar mungkin akan mengalami perubahan selama kehamilan. Banyak wanita yang mengalami sembelit, sering disertai dengan kebiasaan buang air besar tak teratur dan wasir. Masalah ini biasanya merupakan akibat dari perlambatan dalam gerakan makanan melalui sistem gastrointestinal dan perlambatan pencernaan zat besi sebagai suplemen atau yang terdapat dalam vitamin pralahir. Cara mengatasi: Minumlah banyak cairan, makanlah selada segar, sereal dan berolahragalah secara teratur. Biji pyllium yang dikupas pada malam hari dengan secangkir air hangat atau susu dapat membantu. Obat pencahar yang lebih keras harus dihindari.

2) Wasir

Tekanan terus-menerus dari kepala bayi menyebabkan pembuluh darah disekitar lubang anus membesar dan membengkak. Ketegangan lebih lanjut untuk mengevakuasi BAB yang keras dan a lot meningkatkan pengisian perut ini. Rasa sakit, gatal dan kadang-kadang perdarahan mungkin terjadi saat mengeluarkan feses. Untuk mencegah hal ini, hindari sembelit dan berdiri terlalu lama. Obat salap (urap) dapat digunakan untuk mengobati gatal dan kesakitan tersebut. Menghilangkan rasa tak nyaman akibat wasir, antara lain:

- a) Berbaringlah dengan tungkai ditinggikan dan lutut dibengkokkan (posisi sim), jika anda tidur pada malam hari.
- b) Makanlah makanan yang berserat dalam jumlah yang cukup dan minum banyak cairan.
- c) Lakukan mandi hangat untuk menghilangkannya.
- d) (Obat supositoria), pelunak feses dapat mencegah pembentukan feses yang keras, yang dapat merusak jaringan yang sangat halus.
- e) Pada saat bekerja, cobalah untuk mengatur waktu seriap hari untuk melepas sepatu dan meninggikan kaki.
- f) Pasang kantung es atau kola kapas yang direndam dalam larutan alcohol pada daerah yang terkena.

3) Varises.

Varises juga disebut varikosis atau vena varicose, adalah pelebaran pembuluh darah yang dipenuhi oleh darah. Tampaknya terdapat faktor predisposisi keturunan terhadap varises yang dapat menjadi lebih buruk selama kehamilan. Masalah dengan varises biasanya terjadi pada tungkai tetapi juga mungkin tampak pada jalan lahir dan dalam vulva. Tekanan dari rahim dan perubahan dalam aliran darah selama kehamilan dapat membuat varises makin memburuk. Varises pada tungkai dan varises pada

rectum dapat menyebabkan nyeri dan rasa tak nyaman. Gejalanya bervariasi, sebagian wanita varises hanya berupa noda atau bercak ungu kebiruan pada tungkai yang menyebabkan rasa tak nyaman kecil. Pada beberapa wanita varises tampak sebagai benjolan yang mengharuskannya ditinggikan sore hari atau diperlukan tindakan lainnya. Hindari pakaian yang ketat dan berdiri dengan waktu yang lama. Cara mengatasi dan pencegahan varises selama kehamilan:

- 1) Memperbaiki sirkulasi pada tungkai melalui olahraga atau perubahan posisi.
 - 2) Berjalan –jalan jika memungkinkan dan lakukan gerakan memutar-mutar pergelangan kaki.
 - 3) Berduduk-duduk atau bergoyang-goyang di kursi goyang pun juga membantu.
 - 4) Berbaringlah miring ke kiri untuk meningkatkan aliran darah.
 - 5) Tinggikan pinggang dan tungkai ketika istirahat atau berbaring.
- 4) Sariawan
- Ada peningkatan peluang untuk terserang sariawan vagina. Kondisi yang dicirikan oleh keluarnya kotoran berdarah pekat dan gatal-gatal di daerah vagina, dalam beberapa kasus iritasi dapat terasa sakit. Hindari sabun dan pakaian dalam dari nilon dan jagalah agar daerah itu tetap kering. Dokter akan menasihati pengobatan tertentu. Ikuti petunjuk pemakaiannya dengan cermat untuk menghindari infeksi, karena bayi yang melewati lintasan yang terinfeksi dapat menyebabkan sariawan dan berakhir dengan perdarahan.
- 5) Anemia
- Adalah kondisi ketika konsentrasi pigmen hemoglobin turun dalam darah. Level normal berkisar antara 12-15 gm/ml darah. Dalam anemia ringan, orang mudah lelah, tampak pucat dan sulit

bernapas terjadi bahkan dalam aktivitas ringan. Meningkatnya kerentanan terhadap injeksi, bayi yang lebih kecil dari normal, kelahiran premature atau kelahiran yang sulit. Untuk mengobati dan mencegah anemia, makanlah makanan bergizi dan sehat dengan banyak sayuran berdaun, kacang-kacangan, daging merah, dan sebagainya, karena kekurangan zat besi merupakan penyebab paling umum anemia dan makanan ini kaya akan zat besi. Minumlah tablet besi dan kalsium sebagaimana diresepkan oleh dokter secara teratur.

c. Ketidak Nyamanan Ibu Hamil pada Trimester III

Kehamilan pada trimester 3 adalah usia kehamilan dari minggu ke-25 sampai minggu ke-40. Pada usia kehamilan ini ada kegembiraan dan kegairahan ketika terfikir oleh kita bahwa akhirnya kita akan dapat memegang bayi anda, meskipun diwarnai sedikit ketakutan dan kekhawaturan berkenaan dengan persalinan dan kelahiran anak. Ketidaknyamanan, akibat ukuran bayi yang sedang tumbuh, mungkin sedikit mengganggu. Beberapa perubahan lain:

1) Hiperentilasi dan sesak nafas (Nospatologis)

Ketika rahim membesar dan membesar dan menempati makin banyak rongga perut, organ-organ lain terdesak dan terdorong ke atas. Ini menyebabkan orang sulit bernapas ketika mengeluarkan tenaga sedikit saja. Menjelang akhir, ketika kepala bayi mulai masuk ke panggul, ini mulai reda. Peningkatan jumlah progesterone selama kehamilan diduga mempengaruhi langsung pusat pernapasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Peningkatan kadar oksigen dapat menguntungkan janin. Peningkatan aktivitas metabolic yang terjadi selama kehamilan meningkatkan peningkatan kadar karbondioksida. Wanita dapat mengalami efek progesterone ini pada awal trimester ke dua. Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami

selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Cara-cara penanganan dapat dilakukan seperti berikut:

- a) Menjelaskan dasar fisiologis masalah tersebut.
- b) Mendorong wanita untuk secara sadar mengatur kecepatan dan kedalaman pernapasannya pada kisaran normal saat ia menyadari ia sedang mengalami hiperventilasi.

2) Pusing dan mengantuk

Tekanan darah yang rendah dan perut yang membesar dapat membuat anda merasa pusing dan mengantuk menjelang akhir kehamilan. Pelan-pelan ketika bangun dari posisi berbaring, mula-mula dengan miring ke samping, kemudian duduk dan akhirnya bangun. Banyak-banyaklah minum air dan jangan berdiri terlalu lama.

3) Sering kencing dan kebocoran air kencing

4) Rahim yang tumbuh membesar menekan kandung kemih. Untuk menghindari bangun malam hari, batasi minum menjelang berangkat tidur. Saat batuk, tertawa dan bersin, kadang-kadang keluar air kencing sedikit. Untuk menghindari hal ini, lakukan latihan panggul dengan teratur, hindari sembelit dan sering-sering kosongkan kandung kemih.

5) Kaki dan jari bengkak

Menjelang sore, mungkin terdapat bengkak di sekitar pergelangan kaki yang hilang saat istirahat malam. Jari-jari mungkin bengkak dan kebas di pagi hari. Makin siang, jari-jari kembali normal. Mengangkat tangan dan pelan-pelan melemaskan dan meluruskan jari-jari dapat membantu mengatasi hal ini. Jika terjadi bengkak besar yang tidak hilang setelah istirahat malam, periksakan ke dokter.

B. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi

1. Pengertian Kehamilan risiko tinggi.

Kehamilan resiko tinggi adalah ibu hamil dengan berbagai faktor risiko yang dapat mengganggu proses kehamilan sampai bersalin atau mengancam jiwa ibu dan janin. Kehamilan resiko tinggi akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar, baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandung selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal, dan terdapat kriteria faktor resiko tinggi yaitu (Elisa, 2019) :

2. Faktor-Faktor Resiko Tinggi

- a. Faktor resiko kelompok 1 (adanya potensi gawat obstetri)
 - 1) Terlalu muda hamil I (umur \leq 16 tahun)
 - 2) Terlalu tua hamil I (umur \geq 35 tahun)
 - 3) Terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 tahun
 - 4) Terlalu lama hamil lagi 10 tahun
 - 5) Anak terkecil \leq 2 tahun
 - 6) Terlalu banyak anak 4 atau lebih
 - 7) Terlalu tua Umur \geq 35 tahun
 - 8) Terlalu pendek (tinggi badan \leq 145 cm)
 - 9) Pernah gagal kehamilan
 - 10) Pernah melahirkan dengan vacuum,uri dirogoh, diberi infus/transfusi, pernah operasi sesar
- b. Faktor resiko kelompok 2 (Adanya gawat obstetri)
 - 1) Penyakit pada ibu hamil { kurang darah, TBC, malaria, payah Jantung, kencing manis, penyakit menular sexual.
 - 2) Bengkak pada muka, tungkai dan tekanan darah tinggi.
 - 3) Hamil kembar
 - 4) Hidramnion (kembar air)
 - 5) Bayi mati dalam kandungan
 - 6) Kehamilan lebih bulan

- 7) Letak sungsang
- 8) Letak lintang
- 9) Faktor resiko kelompok 3 (adanya gawat darurat obstetri)
- 10) Perdarahan pada kehamilan ini
- 11) Pre eklampsia berat / kejang

3. Kartu skor Poedji Rochjati (KSPR)

Skrining Antenatal pada Ibu Hamil adalah kegiatan deteksi pro-aktif pada semua ibu hamil untuk menemukan faktor risiko yang belum memberikan gejala atau keluhan dengan menggunakan alat skrining. Skor dapat diberikan pada tiap kondisi ibu hamil, yaitu umur, paritas dan faktor risiko, yang menyebabkan kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Skor yang diberikan nilainya sama pada siapapun, dimanapun, dan kapanpun, sehingga mudah dimengerti dan digunakan untuk memberi KIE prakiraan bahaya komplikasi dan hasil persalinan kepada ibu hamil, suami dan keluarga dari semua tingkat pendidikan. Nilai skor bermanfaat dalam menentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Ibu hamil dengan jumlah skor tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar terjadi bahaya pada saat persalinan, dengan kematian ibu dan atau bayinya bila penolong, tempat dan cara persalinan tidak benar.

a. Tujuan sistem skor adalah:

- 1) Membuat penggolongan untuk ibu hamil (kehamilan risiko rendah/ KRR, kehamilan risiko tinggi/ KRT dan kehamilan risiko sangat tinggi/ KRST) agar dapat direncanakan kebutuhan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberi dukungan dan bantuan untuk setiap mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

b. Fungsi Score :

- 1) Alat komunikasi informasi dan edukasi/ KIE bagi klien/ ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- 2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/ pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

Kartu skor Poedji Rochjati (KSPR) digunakan untuk menentukan tingkat resiko pada Ibu hamil. KSPR pertama kali digunakan pada tahun 1992–1993. KSPR telah di susun dengan format yang sederhana agar mempermudah untuk melakukan skrining terhadap Ibu hamil dan mengelompokan Ibu hamil kedalam kategori sesuai ketetapan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat terhadap Ibu hamil tersebut.

Tabel. 1. Score Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
Kelompok Faktor resiko	NO	Masalah /Faktor Resiko	SCORE	TRIWULAN			
		Score awal ibu hamil	2	I	II	III ¹	III ²
	1	Terlalu muda hamil I≤16Tahun	4				
I	2	Terlalu tua hamil I≥35 Tahun	4				

	3	Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi 10 tahun	4				
	5	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	6	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	7	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	8	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	9	Pernah gagal kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		l. diberi infus / tranfusi	4				
	11	Riwayat SC	8				
II	12	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah					
		b. Malaria					
		c. TBC					
		d. Payah Jantung					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular Seksual	4				
	13	Bengkak pada muka / Tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	Hamil kembar	4					
14	Hydramnion	4					
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4				

	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
JUMLAH SCORE							

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah alat untuk mendeteksi dini kehamilan beresiko menggunakan skoring. Jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- a) Kehamilan Resiko Rendah (jumlah skor 2 dengan kode warna hijau)
- b) Kehamilan Resiko Tinggi (jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning)
- c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (jumlahskor 12 dengan kode warna merah)
- d) Skor yang digunakan adalah angka bulat dibawah angka 10 yaitu 2, 4, 8.
- e) Skor awal tiap ibu hamil adalah 2
- f) Tiap faktor resiko memiliki skor 4 kecuali pada riwayat operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan dalam kehamilan ini, preklampsia /kejang-kejang.

4. Faktor Risiko Jarak Kehamilan Kurang dari 2 Tahun

Faktor risiko kehamilan dapat dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya. Kelompok faktor risiko I kehamilan terdiri dari 10 faktor yang dikategorikan Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) termasuk terlalu cepat hamil lagi (anak terkecil kurang dari 2 tahun). Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih faktor risiko I kehamilan harus diwaspadai kemungkinan timbulnya komplikasi saat

kehamilan terlebih saat persalinan. Ibu hamil yang jarak kelahirannya dengan anak terkecil kurang dari dua tahun kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya (Rochjati, 2011).

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil yang jarak kelahirannya kurang dari dua tahun antara lain:

a. Bagi Ibu Hamil

- 1) Kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat akan meningkatkan risiko perdarahan, keguguran, hingga kematian pasca persalinan. Wanita yang sebelumnya mengalami kehamilan normal bahkan tidak luput dari risiko ini.
- 2) Ibu hamil juga berisiko mengalami *placenta previa* dan/atau *placenta accreta*.
- 3) Komplikasi lain dapat terjadi pada ibu hamil yang mengalami kegemukan, penyakit diabetes, serta risiko kehamilan lain yang belum sempat diperbaiki. Pada kasus kehamilan yang terlalu cepat setelah persalinan caesar, risiko robekan rahim juga dapat meningkat.

b. Bagi Janin

- 1) Jarak kehamilan yang terlalu dekat turut menimbulkan bahaya bagi kesehatan janin. Dampak utama yang paling mengkhawatirkan adalah kelahiran prematur, sebab bayi yang lahir prematur lebih berisiko mengalami kematian setelah lahir.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan janin selama berada dalam kandungan juga bisa terhambat karena ibu kesulitan memenuhi kebutuhan nutrisi selama hamil. Dampaknya adalah ukuran tubuh bayi yang kecil serta berat badan lahir rendah.

5. Anemia pada kehamilan.

a. Pengertian

Anemia pada kehamilan adalah dimana kondisi ibu kadar haemoglobinnya dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar dibawah 10,5 gr% pada trimester II. Anemia defisiensi besi pada wanita merupakan problema kesehatan yang dialami oleh wanita diseluruh dunia terutama dinegara berkembang (Susiloningtyas, 2012).

b. Etiologi anemia defisiensi besi

Pada Kehamilan mengalami berbagai perubahan Fisiologis salah satunya yaitu perubahan sistem peredaran darah untuk mendukung pertumbuhan janin normal. Secara Fisiologis pada wanita hamil konsentrasi haemoglobin menurun karena terjadi hemodilusi atau prngenceran darah. Peningkatan volume darah pada kehamilan ini terjadi karena peningkatan plasma dan eritrosit, namun peningkatan volume plasma relatif lebih besar daripada peningkatan volume eritrosit sehingga pengukuran kadar hemoglobin saat kehamilan akan cenderung rendah.

Menurut Irianto (2014) etiologi anemia defisiensi besi pada kehamilanyaitu gangguan pencernaan dan absorpsi, hipervolemia, menyebabkan terjadinya pengenceran darah, kebutuhan zat besi meningkat, kurangnya zat besi dalam makanan, dan penambahan darah tidaksebanding dengan penambahan plasma.

c. Faktor-faktor yang memengaruhi anemia ibu hamil.

Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia ibu hamil diantaranya usia ibu, kurang gizi, penyakit infeksi, usia kehamilan, jarak kehamilan dan pendidikan (intan, 2017).

1) Usia saat Hamil

Semakin muda dan semakin tua usia seorang ibu yang sedang hamil, akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Usia muda (<20 tahun) perlu tambahan gizi yang

banyak karena selain digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan dirinya sendiri juga harus berbagi dengan kebutuhan gizi janin. Dengan begitu, usia muda lebih rentan mengalami anemia saat kehamilan jika pemenuhan gizinya tidak adekuat. Pada penelitian Purwandari dkk, didapatkan bahwa usia secara signifikan berhubungan dengan tingkat anemia. Pada usia tua (>35 tahun) diketahui beresiko mengalami anemia dan keguguran spontan tampak meningkat dengan bertambahnya usia terutama setelah usia 30 tahun, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia yang lebih tua lebih besar kemungkinan mengalami keguguran baik janinnya normal atau abnormal. Semakin lanjut usia wanita, semakin tipis cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut usia wanita, maka resiko terjadinya abortus makin meningkat disebabkan karena menurunnya kualitas sel telur atau ovum dan meningkatnya resiko kejadian kelainan kromosom (Prawirohardjo, 2014).

2) Kurang Gizi

Tidak tercukupinya kebutuhan gizi, terutama besi berpeluang besar untuk mendorong wanita hamil untuk menderita anemia. Pada penelitian Ristica, status kekurangan energi kronik (KEK) menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian anemia pada wanita hamil. Wanita hamil dengan KEK memiliki risiko 2,8 kali lebih tinggi mengalami anemia dibandingkan dengan ibu hamil tidak KEK.

3) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi dapat memperbesar risiko anemia pada kehamilan. Terlebih lagi, wanita yang sedang hamil sangat rentan terhadap infeksi dan penyakit menular. Tuberkulosis, infeksi parasit, dan malaria merupakan beberapa penyakit

infeksi yang dapat menyebabkan anemia. Infeksi parasit terutama cacing tambang akan menyebabkan malnutrisi defisiensi dan dapat menyebabkan defisiensi zat besi.

4) Jarak kehamilan

Resiko terjadinya anemia pada ibu yang memiliki jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat terjadi karena cadangan zat besi ibu hamil belum pulih sepenuhnya, padahal setiap kehamilan memerlukan cadangan besi yang tinggi. Dengan begitu kebutuhan besiyang dibutuhkan janin dan plasentanya tidak dapat dipenuhi secara maksimal.

5) Pendidikan.

Pendidikan yang baik akan mempermudah wanita hamil tersebut untuk mengaplikasikan pengetahuan tentang kesehatannya. Rendahnya tingkat pendidikan wanita hamil dapat menyebabkan kurangnya pemahaman tentang akibat anemia dan rentan memiliki keterbatasan dalam upaya menangani masalah gizi terutama zat besi.

d. Klasifikasi Anemia Pada Kehamilan Klasifikasi anemia pada kehamilan menurut Aprilia (2019) adalah:

- 1) Anemia Defisiensi Besi Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III. Klasifikasi anemia menurut kadar haemoglobin pada ibu hamil menurut WHO (2011):
 - a) $Hb \geq 11,0$ g/dL : Tidak Anemia
 - b) $Hb 10,0 - 10,9$ g/dL : Anemia Ringan
 - c) $Hb 7,0 - 9,9$ g/dL : Anemia Sedang

- d) $Hb < 7,0$ g/dL : Anemia Berat
- 2) Anemia Megaloblastik Anemia megaloblastik dimana anemia disebabkan karena defisiensi asam folat (Pterylgutamic Acid) dan defisiensi vitamin B12 (Cyanocobalamin) walaupun jarang.
 - 3) Anemia Hipoplastik
Anemia hipoplastik dan aplastic adalah disebabkan oleh hipofungsi sel-sel tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnosis memerlukan pemeriksaan darah fungsi lengkap, pemeriksaan fungsi eksternal, dan pemeriksaan retikulosit.
 - 4) Anemia Hemolitik Gejala anemia hemolitik anatara lain adalah kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, dampak organ vital. Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pada pembuatannya.
- e. Tanda Dan Gejala Anemia Pada Kehamilan
Penderita anemia biasanya ditandai dengan mudah lelah, letih, lesu, nafas pendek, muka pucat, susah berkonsentrasi serta fatigue atau rasa lelah yang berlebihan. Gejala ini disebabkan karena otak dan jantung mengalami kekurangan distribusi oksigen dari dalam darah. Denyut jantung biasanya lebih cepat karena berusaha untuk mengkompensasi kekurangan oksigen dengan memompa darah lebih cepat. Akibatnya kemampuan kerja dan kebugaran tubuh akan berkurang. Jika kondisi ini berlangsung lama, kerja jantung menjadi berat dan bisa menyebabkan gagal jantung kongestif .
- f. Dampak Anemia
- 1) Dampak pada ibu
Menurut Aprilia (2019) dampak anemia pada kehamilan sampai pasca persalinan adalah:
 - a) Trimester Pertama Abortus, missed abortus, dan kelainan

congenital.

- b) Trimester Kedua dan Trimester III Persalinan premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam Rahim, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), mudah terkena infeksi, Intelligence Quotient (IQ) rendah). Bahaya anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu.
- c) Saat Inpartu Gangguan his primer dan sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan tinggi, ibu cepat lelah, gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif.
- d) Pascapartus Anemia uteri menyebabkan perdarahan, retensio plasenta, perlukaan sukar sembuh, mudah terjadi perperalis, gangguan involusi uteri, kematian ibu tinggi.

2) Dampak Anemia pada bayi :

Menurut Dina (2015) dampak anemia pada bayi yaitu:

- a) Bayi lahir dengan berat badan rendah
Ibu hamil dengan anemia memiliki dampak pada berat badan lahir rendah, karena dengan adanya anemia pada ibu dapat mengganggu nutrisi pada janin. Kondisi anemia pada ibu hamil menyebabkan adanya penurunan sel darah merah atau hemoglobin sehingga berakibat pada janin yang tidak mendapatkan nutrisi secara adekuat melalui placenta.
- b) Bayi lahir prematur
Ketika anemia, sel darah merah atau hemoglobin akan menurun dan dapat menyebabkan peningkatan volume plasma sehingga mengakibatkan kontraksi pada rahim ibu hamil, ditambah dengan kondisi janin yang tidak sesuai

dengan perkembangan bayi berdasarkan usia kehamilan ibu. Biasanya kehamilan prematur juga bisa menyebabkan kematian janin pada saat dilahirkan.

c) Kematian janin

Anemia berisiko meningkatkan kejadian hipoksia atau suatu keadaan dimana terdapat kadar oksigen yang rendah dan meningkatnya kadar karbondioksida pada janin saat proses persalinan sehingga akan meningkatkan risiko kematian pada janin.

g. Penatalaksanaan ibu hamil dengan resiko tinggi kehamilan dengan jarak kehamilan ≤ 2 Tahun dengan potensi Anemia.

Menurut (dr. Irene Cindy Sunur, 2019) Anemia dapat terjadi pada siapa pun, tapi ibu hamil termasuk orang yang paling rentan mengalaminya. Anemia paling berisiko pada ibu yang memiliki kondisi berikut: Sedang hamil kembar. Semakin banyak bayi yang dikandung, semakin banyak darah yang dibutuhkan. Dua kali hamil dalam waktu berdekatan (Jarak kehamilan ≤ 2 tahun), Muntah dan mual di pagi hari (*morning sickness*), hamil di usia remaja, kurang mengonsumsi makanan kaya zat besi dan asam folat, sudah memiliki anemia sejak sebelum hamil. Cara mengatasi anemia pada ibu hamil yaitu:

- 1) Mengonsumsi makanan bernutrisi dan bergizi tinggi, khususnya yang kaya zat besi dan asam folat setiap hari, di Trimester pertama membutuhkan tambahan 0,8 mg zat besi per hari, hingga 7,5 mg per hari pada trimester ketiga. Melansir dari laman American Pregnancy Association, makanan yang termasuk tinggi zat besi untuk mengatasi anemia pada ibu hamil, yaitu: Daging (sapi atau unggas) rendah lemak yang dimasak matang makanan laut seperti ikan, cumi, kerang, dan udang yang dimasak matang telur yang dimasak matang sayuran hijau,

misalnya bayam dan kangkung, kacang polong, produk susu yang telah dipasteurisasi, kentan dan gandum. Sementara makanan tinggi folat untuk anemia pada ibu hamil meliputi: Sayuran daun hijau, seperti bayam, brokoli, seledri, buncis, lobak hijau, atau selada, keluarga jeruk, alpukat, pepaya, pisang, kacang-kacangan, seperti kacang polong, kacang merah, kacang kedelai, kacang hijau, biji bunga matahari (kuaci), gandum, kuning telur.

2) Mengonsumsi vitamin C lebih banyak.

Mengonsumsi sayur dan buah tinggi vitamin C, seperti jeruk, stroberi, kiwi, brokoli, kembang kol, tomat, dan paprika. Vitamin C membantu tubuh menyerap zat besi dari makanan secara lebih efisien. Kebutuhan vitamin C harian juga dapat dipenuhi dengan minum suplemen vitamin C, tetapi sebaiknya konsultasikan dulu ke dokter agar pengobatan terkontrol dengan baik. Namun, mencukupi asupan gizi dari makanan saja mungkin tidak akan cukup buat ibu hamil. Maka, Anda perlu melakukan langkah selanjutnya untuk mengurangi risiko.

3) Minum suplemen.

Sebagai langkah awal pengobatan anemia pada ibu hamil, untuk mulai minum suplemen zat besi, vitamin B12, dan asam folat sebagai tambahan vitamin prenatal. Minum dosis pertama suplemen sebaiknya di pagi hari agar tidak memperparah sensasi mual muntah karena *morning sickness*, ditambah akibat anemia pada ibu hamil. Jika harus diminum setelah makan, tunggu satu jam dulu baru telan vitamin agar tidak merasa mual. Ibu hamil juga bisa minum suplemen sebelum tidur untuk mengurangi risiko mual setelahnya. Jangan lupa minum banyak air setelah menelan vitamin untuk mengurangi anemia pada wanita hamil. ibu hamil yang memiliki anemia untuk mengonsumsi suplemen besi sebanyak 30 mg per hari sejak cek kandungan pertama kali

untuk mencegah anemia defisiensi besi. Sementara untuk suplemen folat anemia pada wanita hamil, WHO dan Kemenkes RI merekomendasikan minum dosisnya sebanyak 400 mcg/hari. Sebaiknya hal ini dilakukan sesegera mungkin begitu akan merencanakan kehamilan dan terus dilanjutkan sampai 3 bulan setelah melahirkan.

4) Kondisi yang membuat ibu hamil perlu transfusi darah

Ibu hamil menerima transfusi darah bila Anemia stadium berat dan perlu dibawa ke UGD ketika kadar Hb kurang dari 7 g/dL. Ibu hamil dengan kadar Hb sekitar 6-10 g/dL direkomendasikan mendapatkan transfusi darah segera apabila memiliki riwayat perdarahan postpartum atau gangguan hematologis sebelumnya. Transfusi dibutuhkan apabila anemia menyebabkan kadar Hb ibu hamil turun drastis hingga di bawah 6 g/dL dan Anda akan melahirkan kurang dari 4 minggu.

6. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengumpulan data dasar

1) Data Subjektif

a) Biodata/Identitas

Hal utama yang penting dikaji pada pasangan prakonsepsi antara lain:

(1)Umur

Perempuan

Umur reproduksi sehat dan aman adalah umur 20-35 tahun (Prawirohardjo, dkk, 2016). Pada umur < 20 tahun, fisiologis alat reproduksi belum sepenuhnya matang dan psikologis masih belum stabil akibatnya meningkatkan risiko mengalami penyulit saat hamil. Sedangkan pada umur > 35 tahun, fungsi alat reproduksi dan organ lainnya sudah menurun, apalagi wanita yang hamil pertama pada

usia ini, memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami preeklampsia.

Laki-laki.

Kesuburan pria ini diawali saat memasuki usia pubertas ditandai dengan perkembangan organ reproduksi pria, rata-rata umur 12 tahun. Perkembangan organ reproduksi pria mencapai keadaan stabil umur 20 tahun. Tingkat kesuburan akan bertambah sesuai dengan pertambahan umur dan akan mencapai puncaknya pada umur 25 tahun. Setelah usia 25 tahun kesuburan pria mulai menurun secara perlahan-lahan, dimana keadaan ini disebabkan karena perubahan bentuk dan faal organ reproduksi. Semakin tua usia seseorang maka kesuburan juga menjadi berkurang. Usia laki-laki ≥ 40 tahun semakin meningkatkan risiko kelainan baik fisik maupun psikis pada keturunannya (McGrath, dkk, 2014).

(2)Alamat.

Kondisi lingkungan tempat tinggal ikut memberikan pengaruh terhadap kesehatan istri dan suami pada masa prakonsepsi. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa perempuan yg bekerja di lingkungan pertanian lebih sering mengalami abortus spontan dan kasus *Stillbirth* (lahir mati) lebih sering dijumpai diantara perempuan yang bertempat tinggal dekat tempat aplikasi karbamat pada trimester II (Winardi, 2016).

(3)Pekerjaan.

Pekerjaan merupakan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Pendapatan seseorang berpengaruh terhadap kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan hidup, salah

satunya adalah kebutuhan nutrisi. Kondisi nutrisi yang kurang baik dapat menyebabkan terjadinya anemia pada ibu hamil, gangguan pertumbuhan janin dalam uterus, BBLR, dan premature.

b) Riwayat menstruasi

Hal utama yang perlu dikaji adalah menarche, siklus menstruasi dan gangguan menstruasi. Menarche adalah menstruasi pertama kali yang merupakan tahap kematangan organ-organ seksual perempuan dan tanda siklus masa subur telah mulai, Siklus menstruasi dan gangguan menstruasi dapat mempengaruhi masa subur (Yusuf, dkk, 2014).

- a) Usia menarche: umumnya remaja wanita mengalami menarche usia 12-16 tahun
- b) Siklus menstruasi: siklus menstruasi merupakan waktu sejak hari pertama menstruasi sampai datangnya menstruasi periode berikutnya. Siklus menstruasi pada wanita normal berkisar antara 21-32hari dan hanya 10-15% yang memiliki siklus menstruasi 28 hari (Proverawati & Misaroh, 2009)
- c) Lama menstruasi: normalnya menstruasi berlangsung 3-7 hari sedangkan menurut Proverawati & Misaroh (2009) lama menstruasi berlangsung selama 3-5 hari dan ada juga yang 7-8 hari
- d) Keluhan saat haid: umumnya mengeluh nyeri haid/dismenorea
- e) Pengeluaran sekret: keputihan normal adalah tidak berbau, berwarna putih, dan tidak gatal apabila berbau, berwarna, dan gatal dicurigai adanya kemungkinan infeksi alat genital (Saifuddin, 2014).

c) Riwayat imunisasi

Skrining status imunisasi perlu dilakukan pada calon ibu terutama imunisasi TT. Indonesia merupakan salah satu

negara yang belum dapat mengeliminasi tetanus 100% sehingga status imunisasi ibu/calon ibu harus selalu diskriming (Kemenkes RI, 2017).

Status imunisasi lain yang perlu diskriming yaitu hepatitis B, HPV, TORCH/Rubella, dan imunisasi penyakit lainnya yang memiliki prevalensi tinggi di daerah tempat tinggal calon pengantin wanita dan laki-laki.

d) Riwayat kontrasepsi.

Penggunaan kontrasepsi berhubungan dengan masa kembalinya kesuburan pada perempuan. Organ reproduksi memerlukan waktu untuk pemulihan setelah lepas/berhenti dari pemakaian kontrasepsi. Hal ini seperti diungkapkan oleh Handayani, dkk (2015), bahwa lama kembalinya kesuburan dari wanita pasca menggunakan KB suntik 3 bulan adalah 6 bulan dan yang paling lama adalah 13 bulan.

e) Riwayat obstetri yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu yang berkaitan dengan morbiditas dan masalah-masalah lain adalah signifikan dan perlu digali dengan cermat untuk menghasilkan riwayat yang akurat sebelum memberikan nasihat tentang konsepsi.

a) Paritas

Menurut Forney A dan E. W. Whithorne, paritas yang aman untuk tidak terjadinya komplikasi pada saat persalinan yaitu dengan jumlah melahirkan 1-2 kali (Manuaba, 2010). Paritas lebih dari 3 memiliki besar risiko 3 kali untuk mengalami komplikasi persalinan. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu yang pernah melahirkan 4 kali atau lebih yakni antara lain: kelainan letak, persalinan letak lintang; robekan rahim pada kelainan letak lintang;

persalinan lama; perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

b) Jumlah anak

Persalinan yang pertama sekali (primipara) biasanya mempunyai risiko relatif tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian risiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas keempat dan seterusnya.

c) Jarak kehamilan

Jarak kelahiran optimal adalah antara 2 tahun sampai dengan 5 tahun. Menurut anjuran yang dikeluarkan oleh badan koordinasi keluarga berencana (BKKBN) jarak kelahiran yang ideal adalah 2 tahun (BKKBN, 2017).

d) Riwayat komplikasi

Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk sebelumnya merupakan salah satu penyebab komplikasi obstetrik yang tidak langsung. Termasuk riwayat obstetrik sebelumnya yang buruk meliputi abortus, partus prematur, IUFD, perdarahan postpartum, riwayat pre eklamsia, riwayat kehamilan mola hidatidosa, perdarahan antepartum, gemeli, hidramnion, riwayat persalinan dengan tindakan. Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi pada kehamilan atau persalinan yang sebelumnya berisiko akan mengalami komplikasi pada kehamilan atau persalinan berikutnya (Manuaba, 2010).

f) Riwayat kesehatan klien

a) Hipertensi.

Penyakit hipertensi dikaitkan dengan peningkatan persalinan prematur dan retardasi pertumbuhan intrauterin serta insiden mortalitas perinatal yang lebih tinggi. Penyakit ini juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu yang

paling sering. Tekanan darah harus distabilkan sebelum konsepsi dan kemudian dipantau ketat selama masa kehamilan. Sebagian besar wanita dengan hipertensi kronis dapat mengharapkan kelahiran seorang bayi yang normal dan sehat. Sasaran utama pada periode prakonsepsi ialah menghindari penggunaan penghambat ACE dan antagonis reseptor angiotensin. Wanita harus diberi pendidikan kesehatan tentang risiko preeklampsia dan hambatan pertumbuhan janin (Varney, 2007). Pada laki-laki tekanan darah tinggi dapat menyebabkan masalah gangguan ereksi baik secara langsung maupun karena efek samping obat.

b) Diabetes Melitus (DM).

Telah terbukti adanya suatu hubungan antara hiperglikemia pada sekitar waktu konsepsi dengan kelainan pembentukan organ, terutama tuba neural, jantung, dan ginjal. Komplikasi yang dapat timbul selama masa kehamilan meliputi preeklampsia, polihidramnion, dan persalinan prematur. Oleh karena itu, wanita yang menderita diabetes melitus perlu mendapat konseling dan memantau diabetesnya dengan cermat, baik sebelum masa prakonsepsi maupun sepanjang masa usia subur (Varney, 2007; Prawirohardjo, 2016).

c) Penyakit ginjal.

Pada perempuan sebelum konsepsi, terdapat perubahan pada ginjal untuk mempersiapkan kehamilan. Pada fase luteal setiap siklus menstruasi, aliran darah ke ginjal dan laju filtrasi glomerulus (LFG) meningkat hingga 10-20%. Jika kehamilan terjadi, perubahan hemodinamik ini terus berlanjut. Pada pertengahan trimester kedua, aliran darah ke ginjal meningkat hingga 70-80% jika dibandingkan wanita tidak hamil, menyebabkan peningkatan LFG hingga 55%.

(Wicaksono, dkk, 2017). Pada laki-laki gagal ginjal kronis, terjadi kegagalan dalam pembuangan limbah tubuh. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas sperma dan kesuburan.

d) Asma.

Wanita dengan riwayat asma saat hamil dapat berkurang gejalanya atau bertambah keparahannya. Untuk menghindari bertambah parah penyakit, hindarilah kemungkinan terjadinya infeksi pernapasan dan upayakan tekanan emosional tetap stabil (Agustina, 2015). Asma juga merupakan salah satu penyakit yang dapat diturunkan secara genetik.

e) Anemia dan thalassemia

Pada perempuan dengan Riwayat penyakit anemia atau thalassemia akan bertambah buruk saat kehamilan. Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropoetin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi haemoglobin (Hb) akibat hemodilusi (Prawirohardjo, 2010). Pada laki-laki terapi androgen pada anemia dapat meningkatkan produksi eritropoetin namun dapat menimbulkan gejala prostatisme atau pertumbuhan yang cepat dari kelenjar prostat.

f) Hemofilia

Hemofilia A (defisiensi faktor VIII) dan Hemofilia B (defisiensi faktor IX) diwariskan secara *X-linked recessive*. Perempuan dari keluarga penderita hemofilia umumnya adalah pembawa (*carrier*) yang asimtomatik. Namun 10-20% perempuan pembawa dapat beresiko terhadap

komplikasi perdarahan yang bermakna karena penurunan faktor VIII atau IX di bawah jumlah minimal untuk mempertahankan keseimbangan hemostatik. Hemofilia dapat menyebabkan infertilitas, namun sejumlah kecil penderita mungkin mempunyai cukup folikel-folikel untuk hamil (Prawirohardjo, 2010). Pada laki-laki dengan Hemofilia lebih sering terjadi, gejala perdarahan dalam waktu terum enerus dan lebih cepat karena darah tidak dapat menggumpal tanpa pengobatan. Hal tersebut dapat mengganggu saat berhubungan seksual dan dapat menurunkan penyaki themofilia pada keturunannya.

g) Jantung

Penyakit jantung pada kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Kehamilan dapat memperberat penyakit jantung. Kemungkinan timbulnya payah jantung (dekompensasi cordis) pun dapat terjadi. Pada ibu hamil yang rentan terhadap gangguan jantung, stres pada perubahan fisiologis normal dapat mencetuskan dekomposisi jantung. Tanda dan gejala penyakit jantung (palpitasi, frekuensi jantung sangat cepat, sesak napas ketika beraktivitas, dispnea, dan nyeri dada) harus dapat diketahui agar dapat dilakukan penatalaksanaan yang tepat. Pada laki-laki penyakit arteri koroner dapat menyebabkan masalah dengan ereksi. Hal ini bisa disebabkan karena terjadinya pengerasan pembuluh darah penis dan jantung.

h) Hepatitis

Hepatitis dapat terjadi pada setiap wanita atau pasangan dan mempunyai pengaruh buruk bagi janin dan ibu saat terjadi kehamilan. Pengaruhnya dalam kehamilan

dapat dalam bentuk keguguran atau persalinan prematuritas dan kematian janin dalam rahim. (Prawiroharjo, 2016)

i) IMS.

Infeksi menular seksual adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit, atau jamur yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. Infeksi menular seksual merupakan salah satu penyebab Infeksi Saluran Reproduksi (ISR). IMS seperti gonore, klamidiasis, sifilis, trikomoniasis, herpes genitalis, kondiloma akuminata, bacterial vaginosis dan infeksi HIV.

j) TORCH

Toksoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, dan Herpes Simpleks. Kelima jenis penyakit yang disebutkan di atas merupakan penyakit yang dapat menjangkiti pria maupun wanita dan dapat berpengaruh buruk pada janin yang dikandung. Toksoplasmosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh parasit yang disebut *Toxoplasma gondii*. Penyakit ini sering diperoleh dari tanah atau kotoran kucing yang terinfeksi toksoplasma, atau memakan daging dari hewan terinfeksi yang belum matang sempurna. Gejala yang sering muncul meliputi: demam, nyeri otot, kelelahan, dan pembengkakan kelenjar limfe.

Wanita yang dalam usia reproduksinya bila terkena toksoplasmosis dapat menimbulkan aborsi dan gangguan fertilitas. Janin bisa terinfeksi melalui saluran plasenta. Infeksi parasit ini bisa menyebabkan keguguran atau cacat bawaan seperti kerusakan pada otak dan fungsi mata (Prawirohardjo, 2016).

g) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit pada keluarga dapat menurun karena faktor genetik, dan bisa menular kepada klien. Riwayat penyakit keluarga memegang peran penting dalam mengkaji kondisi medis yang diwariskan dan kelainan gen tunggal. Beberapa jenis kanker, penyakit arteri koroner, diabetes melitus tipe 2, depresi, dan trombofilia merupakan penyakit yang memiliki tendensi familial dan dapat berpengaruh pada kesehatan reproduksi wanita dan laki-laki (Varney, 2007).

h) Pola fungsional kesehatan

a) Nutrisi

Widyakarya Nasional Pangan Gizi VI (WKNPG VI) menganjurkan angka kecukupan gizi (AKG) energi untuk remaja dan dewasa muda perempuan 2000-2200 kkal, sedangkan untuk laki-laki antara 2400-2800 kkal setiap hari. Kekurangan nutrisi akan berdampak pada penurunan fungsi reproduksi.

b) Aktivitas

Apa saja aktivitas yang dilakukan ibu, kelelahan dapat mempengaruhi sistem hormonal. Aktivitas fisik dapat memicu penurunan sirkulasi hormone seksual. Berdasarkan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi nomor PER.13/MEN/X/2011 Tahun 2011 Bab 1, Pasal 1, Ayat 8: "Nilai Ambang Batas" yang selanjutnya disingkat NAB adalah standar faktor bahaya di tempat kerja sebagai kadar/intensitas rata-rata tertimbang waktu (*time weighted average*) yang dapat diterima tenaga kerja tanpa mengakibatkan penyakit atau gangguan kesehatan, dalam pekerjaan sehari-hari untuk waktu tidak melebihi 8 jam sehari atau 40 jam seminggu.

c) *Personal hygiene*

Personal hygiene yang buruk dapat menimbulkan infeksi pada organ reproduksi (Kemenkes, 2015). Mengganti pakaian dalam 2 kali sehari, tidak menggunakan pakaian dalam yang ketat dan berbahan non sintetis. Saat menstruasi normalnya ganti pembalut maksimal 4 jam sekali atau sesering mungkin (Kemenkes RI, 2015). Menggunakan air bersih saat mencuci vagina dari arah depan ke belakang dan tidak perlu sering menggunakan sabun khusus pembersih vagina ataupun obat semprot pewangi vagina (Fitriyah, 2014).

d) Istirahat

Otak dan sistem tubuh dapat bekerja dalam tingkat berbeda dalam melakukan suatu aktivitas. Tubuh memerlukan istirahat yang cukup, artinya tidak kurang dan lebih. Ketidakseimbangan istirahat/tidur, misalnya kurang istirahat, dapat menyebabkan tubuh mudah terserang penyakit. Tidur/istirahat pada malam hari sangat baik dilakukan sekitar 7-8 jam dan istirahat siang sekitar 2 jam (Latifah, dkk, 2002; Varnney, 2007).

e) Pola kebiasaan

Seorang perokok pasif akan memiliki risiko yang sama dengan perokok aktif. Hampir semua komplikasi pada plasenta dapat ditimbulkan oleh rokok, seperti abortus, solusio plasenta, infusio plasenta, plasenta previa dan BBLR. Selain itu dapat menyebabkan dampak buruk bagi janin antara lain SIDS (sindroma kematian bayi mendadak), penyakit paru kronis, asma, otitis media (Prawirohardjo, 2016). Konsumsi jamu-jamuan yang belum jelas komposisinya dapat membahayakan janin dan ibu. Satu hal yang menjadi perhatian medis adalah kemungkinan

mengendapnya material jamu pada air ketuban. Air ketuban yang tercampur dengan residu jamu membuat air ketuban menjadi keruh dan menyebabkan bayi hipoksia sehingga mengganggu saluran napas janin.

i) Riwayat pernikahan

Mengetahui riwayat pernikahan dulu dan berapa lama usia pernikahan, alasan berpisah. Tujuannya mengetahui jumlah pasangan sebelumnya dan hubungan dengan pasangan sebelumnya yang dapat mempengaruhi hubungannya dengan pasangan sekarang.

j) Riwayat psikososial budaya dan spiritual

Kondisi psikologis individu yang perlu di kaji saat *premarital psychological screening* antara lain : kepercayaan diri kedua pihak sebelum membangun sebuah keluarga, kemandirian masing-masing calon dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari misal bekerja atau kendaraan dan tempat tinggal pribadi, tidak lagi selalu bergantung pada orang tua, kemampuan komunikasi antara kedua belah pihak yang dapat membantu menyelesaikan persoalan dalam rumah tangga serta penentuan pengambil keputusan dalam keluarga, efek masa lalu yang belum terselesaikan harus dapat dikomunikasikan secara terbuka antara kedua pihak. Selain itu hubungan antara kedua pihak keluarga, seberapa jauh keluarga besar dapat menerima atas pernikahan tersebut (Kemenkes, 2015).

Keadaan budaya dan spiritual kedua pihak, perkawinan antar budaya atau ras akan menimbulkan masalah-masalah dan isu-isu yang spesifik, misalnya tentang perbedaan dalam mengekspresikan cinta dan keintiman, cara berkomunikasi, keyakinan beragama, komitmen dan sikap yang mengarah pada perkawinan itu sendiri, nilai-nilai kultural yang

disampaikan oleh orangtua sejak kecil dan pola pengasuhan anak (Imanda, 2016).

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital, normal jika:

(a) Tekanan Darah

Bertujuan untuk menilai adanya gangguan pada sistem kardiovaskuler. Normal 100/60-140/90 mmHg

(b) Nadi

Pemeriksaan nadi disertai pemeriksaan jantung untuk mengetahui pulsus defisit (denyut jantung yang tidak cukup kuat untuk menimbulkan denyut nadi sehingga denyut jantung lebih tinggi dari denyut nadi). Dilakukan pula pemeriksaan frekuensi nadi. Kondisi takikardi (denyut jantung lebih cepat dari kecepatan normal), dapat dijumpai pada keadaan hipertermia, aktivitas tinggi, kecemasan, gagal jantung, dehidrasi, dll. Normal antara 80-110 x/menit.

(c) Suhu

Digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh serta membantu menentukan diagnosis penyakit. Normal antara 36,0°C-37,0°C.

(d) Respirasi

Bertujuan untuk menilai frekuensi pernapasan, irama, kedalaman, dan tipe/pola pernapasan. Pernafasan normal antara 18-24 kali per menit.
Antropometri

(e) Berat badan

Apabila klien yang datang untuk mendapat konseling prakonsepsi mengalami amenore dan berat badannya dibawah normal, ia harus diindikasikan untuk meningkatkan asupan kalori. Sebaliknya, apabila ia mengalami obesitas, ia harus dianjurkan untuk mengurangi asupan kalori supaya berat badannya turun sampai rentang normal pada saat konsepsi, karena obesitas dalam masa kehamilan meningkatkan resiko preeklampsia dan gangguan tromboembolisme. Wanita juga harus dianjurkan untuk meningkatkan asupan asam folat sebesar 400 mg per hari (Kemenkes, 2015; Varney, 2007). Mempertahankan status nutrisi yang baik, mencapai berat badan ideal, mengontrol gangguan makan, dan mengembangkan kebiasaan diet nutrisi yang seimbang, dapat membantu mempertahankan kesehatan sistem reproduksi.

(f) Tinggi badan

TB yang normal yaitu >145cm. Pada calon ibu yang memiliki TB <145cm (*low high*) akan meningkatkan resiko panggul sempit.

Ukuran BB dan TB digunakan juga untuk menghitung.

Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus :

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{\text{BeratBadan}}{\text{TinggiBadan}^2}$$

Dengan klasifikasi:

Tabel 1.5 Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kategori	IMT (kg/m²)
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat < 17,0

	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 – 18,4
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	
	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0
Obesitas Kelas 1		30-34,9
Obesitas kelas 2		35-39,9
Obesitas ekstrem (kelas 3)		> 40

(sumber : Depkes RI, 2011; Varney, 2007)

(g) Lingkar lengan atas (LiLA)

Ukuran LiLA normal yaitu >23,5cm. Jika < 23,5 cm merupakan indikator Ibu kurang gizi sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR (Maryam, 2016).

b) Pemeriksaan fisik

(1) Wajah

Keadaan muka pucat merupakan salah satu tanda anemia (Mariana, dkk, 2013). Sedangkan oedem pada muka bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul dan tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain (Prawirohadjo, 2016).

(2) Leher

Pembengkakan kelenjar getah bening merupakan tanda adanya infeksi pada klien. Pembengkakan vena jugularis untuk mengetahui adanya kelainan jantung, dan kelenjar tiroid untuk menyingkirkan penyakit Graves dan mencegah tirotoksikosis.

(3) Payudara

Tidak terdapat benjolan/masa yang abnormal.

(4) Abdomen

Menilai ada tidaknya massa abnormal dan ada tidaknya nyeri tekan.

(a) Palpasi :

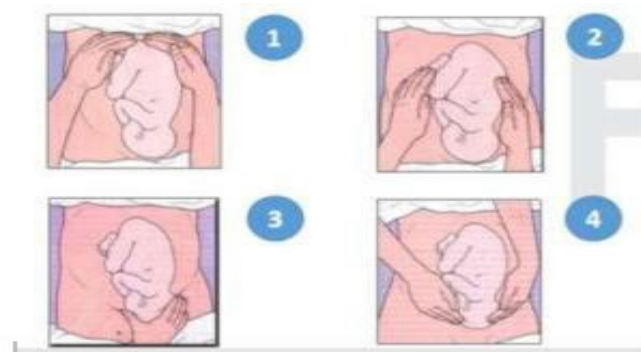
Leopold I: digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting dan tidak bulat. Variasi Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118)

Leopold II: Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Dalam Leopold II terdapat variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010:118-119).

Leopold III: Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul

(PAP) atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010:119).

Leopold IV: Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk (pintu atas panggul) PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksanya konvergen (Manuaba, 2010:119)



- (b) Tinggi Fundus Uteri (TFU). Menurut Mc.Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan metlin (pita pengukur), dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010: 100) Berapa minggu usia kehamilan dengan menggunakan rumus Mc Donald? Dalam menentukan usia kehamilan, maka dapat

dilakukan dengan menggunakan rumus McDonald, yakni nilai TFU x 8/7, sehingga jika diaplikasikan pada hasil TFU anda, maka hasilnya adalah $23 \times \frac{8}{7} = 26,28$ jika dibulatkan adalah 26, sehingga usia kehamilan anda adalah kurang lebih 26 minggu.

(c) Tafsiran Berat Janin.

Tafsiran Berat Janin Tafsiran berat janin diartikan penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012:41) berdasarkan rumusnya Johnson tausak adalah

(tingi fundus dalam cm-n) x 155 = berat badan (g).
bila

kepala belum masuk pintu atas panggul maka n=12, dan bila kepala sudah masuk pintu atas panggul maka n=11.

(d) Auscultasi: untuk mendengarkan Detak Jantung Janin / DJJ. DJJ normal berkisar antara 120-160. Pada kondisi gawat janin, DJJ kurang dari 120 kali per menit atau 160 kali per menit. Pemeriksaan cardiotocography (CTG). Melalui pemeriksaan ini, dapat diketahui respons DJJ terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim ibu.

(5) Genitalia

Tidak terdapat tanda-tanda IMS seperti bintil-bintil berisi cairan, lecet, kutil epertij engger ayam pada daerah vulva dan vagina. Tidak terdapat anda-tanda keputihan patologis.

(6) Ekstremitas

Tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral hangat, pergerakan bebas (Sugiarto, dkk, 2017).

c) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium

(a) Albumin

Untuk menyingkirkan proteinuria (yang dapat mengindikasikan pielonefritis atau penyakit ginjal kronis)

(b) Reduksi urin

Untuk menyingkirkan glikosuria (yang dapat dikaitkan dengan diabetes melitus).

(c) Hemoglobin

Apabila kadar Hb rendah, penyebabnya harus dipastikan dan diberikan terapi yang tepat. Hb juga dapat dideteksi dari sampel darah.

(d) Golongan darah dan rhesus

(e) HbsAg

(f) HIV/AIDS

(g) IMS (Sifilis)

(h) Pemeriksaan tambahan jika diperlukan: TORCH, USG, pemeriksaan gigi, tes sperma, tes tuberculosis.

b. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial

tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional dan logis (Varney, 2007).

c. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Hal ini menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang berifat rujukan (Varney, 2007).

d. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Hal ini menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah pada langkah sebelumnya, bidan juga harus

merumuskan tindakan emergency/segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang berifat rujukan (Varney, 2007).

e. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Implementasi

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani

klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

g. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

h. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Kehamilan.

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2017).

B. Konsep Dasar Persalinan.

1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin dan plasenta yang merupakan hasil konsepsi, yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 sampai 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Kemenkes, 2019).

1.2 Tanda Persalinan

a. Kontraksi

- 1) Kontraksi simetris
- 2) Bagian fundus sebagai pusat dan mempunyai kekuatan paling besar.
- 3) Involunter artinya tidak dapat di atur oleh ibu
- 4) Intervalnya makin lama dan makin pendek.
- 5) Kekuatannya makin lama makin besar dan pada kala dua diikuti reflek mengejan.
- 6) Disertai retraksi yaitu panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula.
- 7) Kontraksi rahim dapat menimbulkan ketidaknyamanan ibu saat persalinan seperti rasa sakit pada pinggang, daerah perut, dan nyeri dapat menjalar kearah paha. (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018).

b. Frekuensi

Frekuensi dan lama kontraksi uterus saat persalinan akan meningkat secara bertahap (JNPK-KR, 2014). Intervalnya 3-4 menit sekali dan lamanya berkisar 40-60 detik (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018).

c. **Pengeluaran Per Vaginam (PPV)**

Perlu dilakukan pengkajian tentang pengeluaran lendir dan darah atau disebut *bloody show* yang mengindikasikan telah dimulainya proses persalinan, keluarnya darah ini disebabkan oleh pendaratan dan dilatasi serviks (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018).

d. **Penurunan Bagian Terendah Persalinan.**

Berdasarkan (JNPK-KR, 2014) selain dengan menggunakan Leopold IV penilaian penurunan kepala janin juga dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi simfisis dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima). Berdasarkan JNPK-KR (2014; h.42) penurunan bagian terbawah dapat dilakukan dengan menggunakan metode lima jari (per lima):

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis,
- 2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul,
- 3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul,
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan),
- 5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul,
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

e. Pemeriksaan Dalam.

1) Vulva

Saat pemeriksaan dalam yang perlu dikaji adalah keadaan perineum, kemungkinan teraba kaku, adanya bekas luka jahitan perineum atau perineum teraba elastis (Baety, 2016). Melakukan periksa genitalia eksterna, perhatikan apakah ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum (JNPK-KR, 2014).

2) Serviks

Penilaian keadaan serviks pada pemeriksaan dalam yaitu dapat dirasakan serviks teraba kenyal (seperti hidung), selanjutnya menilai berapa persen pendataran/ effacement/ penipisan/ pemendekan serviks. Panjang serviks normal biasanya 2-2,5 cm, namun dalam masa kehamilan terutama menjelang persalinan serviks mengalami penipisan, dikarenakan peningkatan hormone estrogen menjelang akhir kehamilan yang mengakibatkan serviks menjadi elastis / meregang, jika serviks belum mengalami pembukaan perkiraan pendataran masih 0%, serviks mengalami pembukaan 5 cm perkiraan pendataran serviks 50%, (Baety, 2016).

3) Keadaan Ketuban

Ketuban dikatakan sudah pecah apabila pada saat pemeriksaan dalam tidak terasa adanya pantulan, melainkan terasa adanya gesekan-gesekan kemungkinan rambut bayi, jika presentasinya belakang kepala (Baety, 2016). Menurut JNPK-KR (2014; h.55) lambang-lambang yang digunakan untuk menilai keadaan ketuban yaitu :

U: selaput ketuban utuh (belum pecah)

J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

4) Presentasi dan *Point of Direction (POD)*

Menurut (Sulistyawati dan Nugraheny, 2018) presentasi digunakan untuk menunjukkan bagian terbawahjanin, sedangkan posisi menunjukkan bagian kiri, kanan, depan lintang (lateral) dan belakang janin. Menurut JNPK-KR (2014) jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan titik penunjuknya dahulu apakah ubun-ubun kecil atau ubun-ubun besar, secara anatomis UUB mempunyai ciri berbentuk segi empat dan bertemunya empat garis sutura. Sedangkan UUK secara anatomis mempunyai ciri berbentuk segi tiga, dan tempat bertemunya tiga garis sutura. Titik tunjuk untuk presentasi belakang kepala yaitu UUK (Baety, 2016).

5) Moulage

Menurut JNPK-KR (2014) moulage atau penyusupan adalah seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan terhadap bagian keras tulang panggul ibu. Untuk menilai moulage menggunakan lambang-lambang berikut :

0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

6) Bagian Lain

Perlu diperhatikan saat melakukan perabaan kemungkinan terdapat bagian kecil janin yang terkemuka / menumbung (bisa ekstremitas janin / tali pusat janin). Tali pusat yang menumbung dapat mengakibatkan janin mengalami hipoksia sehingga aliran oksigen ke janin dapat terhambat. Baik tali pusat / ekstremitas janin yang menumbung dapat menyulitkan proses persalinan (Baety, 2016).

7) Bidang Hodge

Menurut Prawirohardjo (2014) bidang-bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimanakah bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan.

- a) Bidang hodge I: ialah bidang datar yang melewati bagian atas simfisis dan promotorium
- b) Bidang hodge II: ialah bidang yang sejajar dengan bidang hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis
- c) Bidang hodge III: ialah bidang sejajar dengan bidang hodge I dan II terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri
- d) Bidang hodge IV: ialah bidang yang sejajar dengan bidang hodge I, II, dan III terletak setinggi os koksigis.

8) STLD (Sarung Tangan Lendir Darah)

Menurut Sulistyawati dan Nurgaheny (2018) bahwa pengeluaran lendir dan darah mengindikasikan telah dimulainya proses persalinan.

f. Pemenuhan Kebutuhan.

1) Nutrisi

Pola makan dikaji untuk mengetahui gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan begitu juga intake cairan sangat penting di lakukan pengkajian karena untuk menentukan

kecenderungan terjadinya dehidrasi, karena pada pertengahan sampai akhir kala I pasien akan sangat membutuhkan cairan.

2) Eliminasi

Eliminasi saat menjelang persalinan perlu dikaji sebab ibu akan mengalami poliuri selama proses persalinan sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi.

3) Aktivitas

Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat dikhawatirkan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat mengakibatkan penyulit pada masa bersalin.

4) Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, terlebih jika pasien mengalami pemanjangan waktu pada kala I dalam proses persalinannya, sehingga akan banyak membutuhkan energi di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama primipara.

5) Hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya, perlu ditanyakan kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi, ganti baju dan celana dalam.

6) Psikososial dan Spiritual

Mengkaji data psikososial tanyakan perasaan pasien tentang kehamilan dan kelahirannya, bagaimana respon dan dukungan dari suami serta keluarga karena hal ini akan mempercepat proses penyesuaian pasien dengan keadaannya dan dapat

dijadikan acuan dalam memberikan pola asuhan kepada pasien.

7) Tingkat Pengetahuan

Data tingkat pengetahuan ibu bersalin dapat kita peroleh dari beberapa pertanyaan mengenai apa yang ibu ketahui tentang proses persalinan, pengalaman atau riwayat persalinannya yang lalu karena hal ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menyimpulkan sejauh mana pasien mengetahui tentang persali (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018).

2. Standar Asuhan Persalinan

a. KALA I

- 1) Menganjurkan suami atau anggota keluarga lain untuk mendampingi proses persalinan dan kelahiran bayi serta memberikan dukungan dan semangat kepada ibu (JNPK-KR, 2014). Karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sri Misiyati, dkk (2015) yang berjudul "Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dengan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif" dijelaskan bahwa ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan lama persalinan kala I fase aktif yaitu semakin baik keluarga memberikan dukungan maka semakin pendek waktu yang dibutuhkan dalam proses persalinan begitupun sebaliknya, hal tersebut dikarenakan ibu merasa nyaman dan aman jika ditunggu oleh suami maupun keluarganya.
- 2) Mengajarkan kepada ibu dan keluarga untuk teknik relaksasi dengan melakukan massase pada punggung karena dengan melakukan masasse dan sentuhan pada ibu dapat mengurangi rasa nyeri dan kesendirian dalam menghadapi persalinan (Sulistyawati dan Nugrahaeny, 2018)
- 3) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami

atau pendamping lainnya membantu ibu untuk berganti posisi.
(JNPK-KR, 2014)

- 4) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif. (JNPK-KR, 2014)
- 5) Memijat punggung, kaki, atau kepala ibu dan tindakan-tindakan lain yang bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri ibu (JNPK-KR, 2014) dan mengurangi kesendirian menghadapi persalinan. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2018)
- 6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam.
- 7) Mempersiapkan tempat persalinan dan perlengkapan dengan baik, termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, dan obat-obatan yang diperlukan, menjahit laserasi dan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2014).
- 8) Membimbing pasien cara untuk rileks saat ada his, dengan menarik napas panjang kemudian dilepaskan dengan cara meniupkan napas sewaktu ada his (Sulistyawati dan Nugraheny, 2018).

Melakukan pemantauan pada kala I

- (a) Denyut jantung janin : setiap ½ jam
- (b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap ½ jam
- (c) Nadi : setiap ½ jam
- (d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
- (e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
- (f) Tekanan darah : setiap 4 jam
- (g) temperature tubuh : setiap 4 jam
- (h) Produksi urine : setiap 2 jam sampai 4 jam
- (i) aseton : setiap 2 jam sampai 4 jam

- (j) protein : setiap 2 jam sampai 4 jam
(JNPK-KR, 2014)

b. KALA II

Tatalaksana kala II menurut Kemenkes RI (2018) , yaitu sebagai berikut :

- 1) Mengenali tanda gejala kala II, yaitu; keinginan untuk meneran, tekanan pada rektum dan anus, perineum menonjol, vagina dan sfingterani membuka.
- 2) Menyiapkan pertolongan persalinan yaitu memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial. Seperti klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril siap dalam wadahnya; semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat; timbangan, pita ukur, stetoskop bayi dan termometer dalam keadaan baik dan bersih; patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai didalam partus set; persiapan resusitasi; persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu seperti cairan kristaloid dan infus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker danacamata.
- 4) Melepas perhiasan pada lengan dan tangan kemudian mencuci tangan dengan sabun dan air bersih. Merupakan upaya untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap risiko infeksi (JNPK-KR, 2014).
- 5) Memakai sarung tangan steri.
- 6) Mengambil spuit dengan tangan kanan yang bersarung tangan dan mengisi spuit dengan oksitosin 10 unit kemudian diletakkan kembali spuit tersebut di partus set, tanpa terkontaminasi.

- 7) Membersihkan vulva dan perineum dari depan ke belakang dengan kapas yang telah dibasahi air DTT, kemudian melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap.
- 8) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Setelah itu cuci kedua tangan.
- 9) Memeriksa DJJ segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit)
- 10) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran
Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 11) Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman. Posisisetengah duduk memberikan gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya. (JNPK-KR, 2014). Namun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nelly Indrasari (2014) didapatkan hasil bahwa posisi miring kiri lebih mempercepat proses persalinan kala II pada ibu bersalin daripada posisi setengah duduk, hal ini dikarenakan dengan posisi miring dapat memberikan rasa santai bagi ibu yang letih dan membuat oksigenasi untuk bayi menjadi lebih baik.
- 12) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- 13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 14) Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi
 - a) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - b) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - c) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - d) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 15) Membantu lahirnya kepala
 - a) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
 - b) Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi. Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting diantaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.
 - c) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 16) Membantu lahirnya bahu

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal

hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis. Gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 17) Membantu lahirnya badan dan tungkai
 - a) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
 - b) Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (JNPK-KR, 2014; h.83).
- 18) Penanganan Bayi Baru Lahir
 - a) Lakukan penilaian selintas meliputi warna kulit, menangis dan tonus otot
 - b) Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
 - c) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
 - d) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering.
 - e) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu.
 - f) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

c. KALA III

Dijelaskan oleh Kemenkes RI (2018) tentang manajemen aktif kala III (MAK III) yaitu :

- 1) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik. Dalam penelitian Yusran Antonius, dkk (2015) yang berjudul “Perbandingan Jumlah Perdarahan dan Lama Kala III Persalinan Menggunakan Misoprostol Sublingual dengan Oksitosin Intramuskular pada Grandemultipara” didapatkan hasil bahwa lama pelepasan plasenta lebih cepat menggunakan misoprostol sublingual daripada oksitosin intramuscular, sedangkan jumlah darah kala III persalinan yang menggunakan misoprostol sublingual lebih sedikit dibandingkan yang menggunakan oksitosin intramuscular.
- 2) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit
IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi menggunakan klem, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama. Berdasarkan hasil penelitian Arma, dkk (2016) menunda penjepitan talipusat 3 menit setelah lahir dapat meningkatkan kadar Hb dan Ht dikarenakan terdapat volume darah tambahan.
- 3) Potong dan ikat tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).

- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%.
 - d) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi.
 - e) Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu.
 - f) Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu.
 - g) Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
Melakukan IMD dapat membantu kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan pascapersalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi, dan mencegah kehilangan panas pada bayi (JNPK-KR, 2014). Dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Prihatin Setyawati dan Dwi Puspita (2015) bahwa dengan meletakkan bayi diatas perut ibu, agar bayi mencari puting sendiri dapat merangsang pelepasan oksitosin yang berdampak pada kontraksi uterus sehingga membantu proses pengeluaran plasenta.
- 4) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.
 - 5) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
 - 6) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
 - 7) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah

dorso-kranial secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya inversio uteri.

- 8) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.
- 9) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- 10) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - a) beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 - b) lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c) minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d) ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - e) segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - f) bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- 11) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 12) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan

pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh. Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2018) bahwa plasenta telah lahir lengkap dengan memeriksa jumlah kotiledonnya (rata-rata 20 kotiledon). Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

d. KALA IV

Asuhan dan pemantauan kala IV berdasarkan Kemenkes RI (2018), adalah sebagai berikut:

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 2) Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi didada ibu minimal 1 jam.
- 3) Mengevaluasi tinggi fundus dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari di bawah pusat.
- 4) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 5) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis.
- 6) Mengobservasi keadaan ibu (pemantauan kontraksi, TTV)
 - a) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin
 - b) Setiap 30 menit pada jam kedua pascasalin
 - c) Pengukuran temperatur sekali setiap 1 jam selama 2 jam setelah persalinan
 - d) Melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
- 7) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci bilas peralatan setelah didekontaminasi.

- 8) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 9) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT.
- 10) Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 11) Memastikan ibu merasa nyaman
- 12) Membantu ibu memberikan ASI
- 13) Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 14) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 15) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalik bagian dalam keluar dan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 16) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian mengeringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
- 17) Mendokumentasikan semua asuhan atau temuan selama persalinan kala IV di halaman 2 partograf.

e. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Persalinan

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2017).

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL) dan Neonatus

1. Konsep Dasar

a. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi baru lahir (*newborn* atau neonatus) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu (Wahyuni, 2012).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 40 atau 42 minggu dan berat lahir 2500 gram-4000 gram (Bobak, 2012).

Bayi merupakan manusia yang baru lahir sampai umur 12 bulan, namun tidak ada batasan yang pasti. Menurut psikologi, bayi adalah periode perkembangan yang panjang dari kelahiran hingga 18 atau 24 bulan. Asuhan tidak hanya diberikan kepada ibu, tapi juga sangat diperlukan oleh bayi baru lahir (BBL). Walaupun sebagian besar proses persalinan terfokus pada ibu, tetapi karena proses tersebut merupakan pengeluaran hasil kehamilan (Bayi) maka penatalaksanaan persalinan baru dapat dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga berada dalam kondisi yang optimal. Memberikan asuhan yang segera, aman, dan bersih untuk BBL merupakan bagian esensial asuhan BBL. Bayi “cukup bulan” adalah bayi yang dilahirkan setelah usia kehamilan genap mencapai 37 minggu dan sebelum usia kehamilan genap mencapai 41 minggu (Williamson, 2014).

b. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir dan Bayi Muda

Tanda dan gejala sakit berat pada bayi baru lahir dan bayi muda sering tidak spesifik. Tanda ini dapat terlihat pada saat atau

sesudah bayi lahir, saat bayi baru lahir datang atau saat perawatan di rumah sakit. Pengelolaan awal bayi baru lahir dengan tanda ini adalah stabilisasi dan mencegah keadaan yang lebih buruk. Tanda ini mencakup:

- 1) Tidak bisa menyusu
- 2) Kejang
- 3) Mengantuk atau tidak sadar
- 4) Frekuensi napas < 20 kali/menit atau apnu (pernapasan berhenti selama >15 detik)
- 5) Frekuensi napas > 60 kali/menit
- 6) Merintih
- 7) Tarikan dada bawah ke dalam yang kuat
- 8) Sianosis sentral (Latief, Abdul, dkk, 2016).

c. Perubahan Fisiologis Bayi Segera Setelah Lahir

Saat lahir, bayi mengalami perubahan fisiologis yang cepat dan hebat. Kelangsungan hidup bergantung pada pertukaran oksigen dan karbondioksida yang cepat dan teratur (Leveno, 2009). Fisiologi neonatus adalah sebagai berikut:

1) Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir, ia akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25° C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit. Sementara itu, pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya sepersepuluh daripada yang tersebut di atas dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2° C dalam waktu 15 menit. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (*cold injury*). Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi

konsumsi energi, serta merawatnya di dalam *Natural Thermal Environment (NTE)*, yaitu suhu lingkungan rata-rata di mana produksi panas, pemakaian oksigen, dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal (Sondakh, 2013).

Menurut Wafi Nur Muslihatun (2010), terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya, antara lain:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

2) Sistem Pernafasan

Menurut Leveno (2009), segera setelah lahir, pola pernafasan bergeser dari inspirasi episodik dangkal yang khas untuk janin menjadi inhalasi yang lebih teratur dan dalam. Aerasi paru bayi baru lahir bukanlah suatu inflasi struktur yang kolaps, tetapi penggantian secara cepat cairan di bronkus dan

alveolus oleh udara. Cairan alveolus yang tersisa dibersihkan melalui sirkulasi paru dan dengan derajat yang lebih rendah, melalui pembuluh limfe paru.

Tertundanya pembersihan cairan ini dari alveolus dapat menyebabkan sindrom takipnea transien pada *neonatus*. Sewaktu cairan diganti oleh udara, terjadi penurunan bermakna tekanan vaskular paru dan penurunan resistensi terhadap aliran darah. Dengan penurunan tekanan darah *arteri pulmonaris*, *duktus arteriosus* secara normal menutup. Penutupan *foramen ovale* bersifat lebih variatif. Diperlukan tekanan intratoraks yang sangat negatif agar udara dapat masuk ke dalam alveolus yang dipenuhi oleh cairan.

Normalnya sejak tarikan nafas pertama setelah lahir, secara progresif terjadi akumulasi udara residual di paru, dengan setiap pernafasan berikutnya dibutuhkan tekanan pembuka paru yang semakin kecil. Kurangnya *surfaktan* yang sering dijumpai pada bayi prematur, menyebabkan timbulnya sindrom distres pernafasan.

Dalam keadaan normal, *neonatus* mulai bernafas dan menangis hampir segera setelah lahir yang menandakan dimulainya pernafasan aktif. Faktor-faktor yang berperan dalam pernafasan pertama ini adalah:

- a) Penekanan toraks sewaktu kala dua persalinan dan kelahiran pervaginam, yang mendorong cairan dari saluran nafas. Bayi yang dilahirkan melalui sesar cenderung memiliki lebih banyak cairan dan lebih sedikit gas di paru selama 6 jam pertama kehidupan (takipnea transien)
- b) Berkurangnya oksigen dan penimbunan karbondioksida yang juga merangsang pernafasan

- c) Stimulasi fisik, misalnya memegang bayi sewaktu kelahiran dan resusitasi yang diperkirakan memicu pernafasan. Saat lahir, bayi mengalami perubahan fisiologis yang cepat dan hebat. Kelangsungan hidup bergantung pada pertukaran oksigen dan karbondioksida yang cepat dan teratur.

Tabel 3.1 . Sistem pernafasan

Umur Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru
26-28 hari	Kedua bronchi membesar
6 minggu	Di bentuk segmen bronchus
12 minggu	Differensial lobus
24 minggu	Di bentuk alveolus
28 minggu	Di bentuk surfaktan
34-36 minggu	Struktur matang

Sumber: Indriyani (2013)

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Indrayani, 2013).

3) Sirkulasi Darah

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Sondakh, 2013).

4) Sistem Pencernaan

Saluran pencernaan bayi baru lahir secara struktur telah lengkap meskipun fungsinya masih belum sempurna jika

dibanding saluran pencernaan dewasa. Lambung memiliki kapasitas kecil (15-30 ml), yang meningkat dengan cepat pada beberapa minggu pertama kehidupan. Sfingter jantung masih lama yang menyebabkan terjadinya regurgitasi /penggumpalan. Keasaman lambung menurun drastis pada beberapa hari pertama dan pada hari ke-10. Lambung bayi bersifat akloridik, yang meningkatkan resiko infeksi. Waktu pengosongan lambung normal 2-3 jam (Fraser, 2009).

5) Perubahan pada Darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56 % pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6 %. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL (Widiastini, 2018).

6) Metabolisme Glukosa

Bayi baru lahir, membutuhkan glukosa dalam jumlah tertentu untuk memfungsikan otak. Setelah tali pusat diklem, bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1 sampai 2 jam) pada setiap bayi baru lahir.

Cara untuk mengurangi penurunan kadar gula darah pada bayi dapat dilakukan dengan 3 cara:

- a) Pemberian ASI, pada bayi sehat, dianjurkan segera mungkin diberikan ASI melalui IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

b) Penggunaan cadangan glikogen

c) Pembentukan glukosa dari sumber lain terutama lemak

Jika bayi baru lahir tidak dapat mencerna makanan dengan jumlah yang cukup, maka bayi akan membentuk glukosa dari glikogen (Glikogenasi). Bayi yang sehat akan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen terutama hati, selama berbulan-bulan terakhir dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermia, pada saat lahir yang mengakibatkan hipoksia akan menggunakan cadangan glikogen dalam jam-jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai dalam 3-4 jam pertama kelahiran pada bayi cukup bulan. Jika semua persediaan glikogen digunakan pada jam pertama, maka otak dalam keadaan beresiko. Hal ini dapat terjadi pada bayi yang lahir kurang bulan (*premature*), lewat bulan (*postmatur*), bayi yang mengalami hambatan pertumbuhan dalam rahim dan stress janin, karena simpanan energi berkurang (digunakan sebelum lahir). Adapun beberapa tanda dan gejala terjadinya hipoglikemi antara lain kejang-kejang halus, sianosis, apneu, tangis lemah, letargi, dan tidak mau makan. Namun kejadian hipoglikemi juga dapat tanpa gejala pada awalnya. Jika dibiarkan hipoglikemi dapat berakibat kerusakan di seluruh sel-sel otak (Widiastini, 2018).

7) Perubahan pada Sistem Imun

Bayi baru lahir tidak bisa langsung menghasilkan sistem kekebalan tubuh sendiri, semua komponen kekebalan tubuh didapatkan dari ibu, ketika masih dalam kandungan. Sistem kekebalan tubuh ditransfer ke janin melalui pembuluh darah dan plasenta. Walaupun demikian bayi baru lahir rentan terkena infeksi dan alergi, hal ini disebabkan karena sistem

imunitas belum matang. Jika sistem imunitas belum matang dapat memberikan kekebalan alami pada bayi. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

Beberapa contoh dari kekebalan alami:

- a) Perlindungan oleh kulit membrane mukosa
- b) Fungsi dari saringan saluran napas
- c) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

Setelah lahir, bayi sebaiknya memperoleh ASI eksklusif dari ibu, karena ASI mengandung antibody yang lengkap, seperti Immunoglobulin A, D, E, G dan M. Oleh karena itu, pencegahan terhadap mikroba seperti praktek persalinan yang aman, IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan deteksi dini serta pencegahan secara dini terjadinya infeksi sangat penting. Namun, seiring bertambahnya umur bayi, antibody yang diterima melalui ASI akan menurun. Pada umur 2-3 bulan, bayi sudah mulai membangun kekebalan tubuh dan memproduksi antibodinya sendiri (Widiastini, 2018).

8) Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2010).

9) Traktus Digestivus

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan

yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas (Muslihatun, 2010).

10) Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg / kg BB / hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome* (Muslihatun, 2010).

11) Keseimbangan Asam Basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lebih rendah, karena glikosis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Wafi Nur Muslihatun, 2010).

d. Asuhan Bayi Baru Lahir dalam 2 Jam Pertama

1) Penilaian Awal (APGAR Score) pada Bayi Segera Setelah Lahir

Tabel 3.2. Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat, muda	Semuanya merah
<i>Pulse</i>	tidak teraba	<100	>100
<i>Grimace</i>	Tidak ada	lambat	Menangis kuat

<i>Activity</i>	Lemas/ lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksi tungkai baik/ reaksi melawan
<i>Respiratory</i>	Tidak ada	Lambat tidak teratur	Baik, menangis kaut

Sumber: Kriebs Jan. M. *Buku saku asuhan kebidanan varney. 2010.*

Interpretasi: Nilai 1-3 asfiksia berat, Nilai 4-6 asfiksia sedang, Nilai 7-10 asfiksia ringan. Hasil nilai APGAR skor dinilai setiap variabel dinilai dengan 0, 1, dan 2 nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan keadaan bayi sebagai berikut:

- a) Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik (*Vigrous baby*)
- b) Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi
- c) Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2) Pemotongan Tali Pusat

Menurut standart Asuhan Persalinan Normal (APN) pada saat segera bayi lahir akan dilakukan pemotongan tali pusat, sesuai JNPKR, Depkes RI, 2008, bahwa segera bayi lahir harus dikeringkan dan membungkus kepala serta badan kecuali tali pusat. Menjepit tali pusat harus menggunakan klem disinfeksi tingkat tinggi atau steril dengan jarak kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Setelah jepitan pertama dilakukan pengurutan tali pusat bayi kearah ibu dengan memasang klem kedua dengan jarak 2cm dari klem pertama. Dengan menggunakan tangan kiri di antara sela jari tengah tali pusat dipotong diantara kedua klem (Depkes RI, 2008).

Sisa potongan tali pusat pada bayi inilah yang harus dirawat, karena jika tidak dirawat maka dapat menyebabkan terjadinya infeksi. Pengenalan dan pengobatan secara dini infeksi tali pusat sangat penting untuk mencegah sepsis. Tali pusat yang terinfeksi umumnya merah dan bengkak mengeluarkan nanah, atau berbau busuk. Jika pembengkakan terbatas pada daerah.

Pada bayi yang memiliki tanda-tanda infeksi, seperti: pangkal tali pusat dan daerah sekitarnya berwarna merah, keluar cairan yang berbau, ada darah yang keluar terus-menerus, bayi demam tanpa sebab yang jelas maka kondisi tersebut menandakan munculnya penyulit pada neonatus yang disebabkan oleh tali pusat (Hidayat, 2009).

3) Resusitasi

Resusitasi tidak dilakukan pada semua bayi baru lahir. Akan tetapi penilaian untuk menentukan apakah bayi memerlukan resusitasi harus dilakukan pada setiap bayi baru lahir. Penghisapan lendir dari mulut bayi, secara stimulasi bayi dengan mengusap telapak kaki atau punggung bayi apabila dapat bernafas dengan spontan tidak perlu dilakukan resusitasi.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu: lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan, lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu (Kemenkes RI, 2010).

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan *incubator*, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi. Lama IMD dilakukan ± 1 jam.

e. Manajemen Bayi Baru Lahir

1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara alami mengurangi insiden infeksi pada bayi baru lahir.

2) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotic profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis.

3) Pemberian Vitamin K

Pemberian vitamin K baik secara intramuskuler maupun oral terbukti menurunkan insiden PDVK (Pendarahan Akibat Defisiensi Vitamin K1).

4) Pengukuran Berat dan Panjang lahir

Bayi yang baru lahir harus di timbang dan di ukur panjang badanya untuk mengetahui kondisi fisik bayi

5) Memandikan Bayi

Bayi baru lahir dapat dimandikan 6 jam setelah kelahirannya (Prawirohardjo, 2013).

f. Teori *Evidence Based Midwifery* pada BBL dan Neonatus (Perawatan Tali Pusat Dengan Kasa Kering Steril)

Salah satu aspek yang harus dipenuhi dalam memberikan asuhan kebidanan yang bertanggung jawab adalah dengan mengacu pada hasil penelitian yang paling *up to date*. Hasil penelitian yang didapatkan beserta rekomendasi dari peneliti dijadikan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan. Praktik kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktik dari para praktisi dari seluruh

penjuru dunia. Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari peneliti terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu memerlukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah.

P = Bayi baru lahir, teknik perawatan tali pusat, pelepasan tali pusat.

I = Kasa kering steril, teknik kasa alkohol 70%

C = Tidak ada pembandingan atau intervensi lainnya

O = Waktu pelepasan tali pusat yang lebih efektif atau cepat

“Apakah ada pengaruh perawatan tali pusat dengan menggunakan kasa kering steril terhadap pelepasan tali pusat pada bayi baru lahir di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Saradan Kab. Madiun”

Perawatan tali pusat adalah perbuatan merawat atau memelihara pada tali pusat bayi setelah tali pusat dipotong sampai sebelum puput (Paisal, 2008). Selama ini standart perawatan tali pusat yang diajarkan oleh tenaga medis kepada orang tua baru adalah membersihkan atau membasuh tali pusat dengan alkohol. Bagian yang harus dibersihkan adalah pangkal tali pusat, bukan atasnya. Untuk membersihkan pangkal ini, harus sedikit mengangkat tali pusat (bukan menarik). Sisa air yang menempel dapat dikeringkan dengan kain kasa steril atau kapas, setelah itu keringkan tali pusat (Paisal, 2008).

Lama penyembuhan tali pusat dikatakan cepat jika kurang dari 5 hari, normal jika antara 5 sampai dengan 7 hari, dan lambat jika lebih dari 7 hari (Paisal, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian Puji Astutik (2015) dapat diketahui bahwa seluruhnya yaitu 24 responden (100%) mengalami pelepasan tali pusat pada bayi baru lahir secara normal (5-7 hari) setelah dilakukan perawatan tali pusat dengan tehnik kasa kering steril. Hasil uji *Mann Whitney* didapatkan ρ value = 0,000 dengan angka *signifikasi* (α) = 0,05, ρ value $\leq \alpha$ (0,05) yang diartikan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima maka ada pengaruh perawatan tali pusat dengan menggunakan kasa kering steril terhadap pelepasan tali pusat pada bayi baru lahir di wilayah kerja Puskesmas Sumber Sari Saradan Kabupaten Madiun.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut bahwa perawatan tali pusat dengan menggunakan kasa kering steril secara signifikan efektif menjadikan tali pusat puput pada waktunya. Semakin baik dalam pelaksanaan perawatan tali pusat pada bayi baru lahir maka semakin mengurangi resiko komplikasi terjadinya infeksi. Peranan ibu pada saat perawatan tali pusat sangatlah berpengaruh pada hasil akhir, pengetahuan dan keterampilan perawatan tali pusat bayi baru lahir yang benar sangat diperlukan sebagai modal dasar perawatan tali pusat (Puji Astutik, 2015).

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2017).

D. Konsep Dasar Nifas.

1. Konsep Dasar

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Nugroho, dkk, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat dijelaskan bahwa masa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi

a) Involusio

Involusio atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

b) Uterus

Setelah janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri \pm 2 jari dibawah pusat dan beratnya kira-kira 200 gram. Pada hari ke 5 post partum uterus kurang lebih setinggi 7 cm diatas simfisis dan beratnya \pm 500 gram dan setelah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi di atas simfisis dan beratnya menjadi 300 gram, setelah 6 minggu post partum, berat uterus menjadi 40-60 gram (Wiknjosastro 2006).

Dalam masa nifas, uterus akan berangsur-angsur pulih Kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan uterus ini dalam keseluruhannya di sebut involusi. Involusi disebabkan oleh:

- (1) Pengurangan estrogen plasenta. Pengurangan estrogen menghilangkan stimulus kehipertopi dan hiperplasia uterus.
- (2) Iskemiamiometrium. Miometrium terus berkontaksi dan berintraksi setelah kelahiran.
- (3) Otolisi mionetrium. Selama kehamilan, estrogen meningkatkan sel miometrium dan kandungan protein (aktin dan miosis), penurunan estrogen setelah melahirkan menstimulasi enzim proteolitik dan magrofag untuk menurunkan dan mencerna (proses autolisis) kelebihan protein dan sitoplasma intra sel (Ai YeyehRukiyah, 2013).

c) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai bau amis (anyir). Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

- (1) Lochea Rubra (Cruental)

Muncul pada harike 1-2 persalinan, berwarna merah

(2) Lochea Sanguinolenta

Muncul pada harike 3-7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lender

(3) Lochea Serosa

Muncul pada harike 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan

(4) Lochea Alba

Muncul pada hari setelah 2 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan

(5) Lochea Purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk

(6) Lochiostatis

Lochea yang tidak lancar keluarnya (Ai Yeyeh Rukiyah,2013).

d) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Saleha, 2009).

e) Rasa sakit

Hal ini disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu dapat diberikan obat-obat anti sakit dan anti mules (Mochtar, 2010).

2) Perubahan di serviks dan segmen bawah uterus

Segera setelah selesainya kala ketiga persalinan, serviks dan segmen bawah uteri menjadi struktur yang tipis, kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat dimasukan dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah menjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukan satu jari. Setelah minggu pertama serviks mendapatkan kembali tonusnya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal menutup. Tulang eksternal dianggap sebagai penampakan yang menyerupai celah.

Setelah kelahiran, miometrium segmen bawah uterus yang sangat menipis berkontraksi dan bertraksi tetapi tidak sekuat korpus uteri. Dalam perjalanan beberapa minggu, segmen bawah diubah dari struktur yang jelas-jelas cukup bulan menjadi isthmus uteri hampir tidak dapat dilihat yang terletak diantara korpus di atas dan os interna serviks di bawah.

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lambek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga perbatasan antara korpus dan servikuteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitaman-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih bisa dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan rektaksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium ekstemum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium ekstemum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-ropekan pada pinggingnya,

terutama pada pinggir sampingnya (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

3) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

Vagina dan pintu keluar pada bagian pertama masa nifas membentuk lorong berdinding lunak dan luas ukurannya secara perlahan-lahan mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran nulipara. Ragae terlihat kembali pada minggu ketiga. Hymen muncul sebagai beberapa potong jaringan kecil, yang selama proses sikatriksi diubah menjadi caruncule mirtiformis yang khas pada wanita yang pernah melahirkan (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

4) Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan

dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

5) Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi cuit dan pulih (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

6) Perubahan endokrin

Perubahan pada hormon plasenta, hormon oksitosin hipotalamik pituitary ovarium, hormon oksitosin, hormon estrogen dan progesterone (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

7) Perubahan tanda-tanda vital

a) Suhu badan

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal.

b) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan.

c) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

8) Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginaan kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Jika kelahiran melalui seksio sesarea kehilangan darah dapat dua kali lipat (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

9) Perubahan hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

c. Kebutuhan pada Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan, pada seorang ibu menyusui

Menurut Nurjismi (2016), ibu nifas perlu diet gizi yang baik dan lengkap, biasa disebut juga dengan menu seimbang. Tujuannya adalah Membantu memulihkan kondisi fisik, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, memulai proses pemberian ASI eksklusif. Ibu nifas perlu tambahan 500 kalori tiap hari, dan kebutuhan cairan/ minum 3 liter/ hari dan tambahan pil zat besi selama 40 hari post partum, serta kapsul vitamin A 200.000 unit. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari; makan dengan diet berimbang untuk mendapat protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali menyusui).

2) Ambulasi

Ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran per vaginam. Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena

3) Eliminasi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan 3-4 jam.

4) Kebersihan Diri/Perineum

Pada ibu nifas sebaiknya dianjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan suhu dan air.

5) Istirahat

Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur.

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum.

7) Latihan Senam Nifas

Senam tangan dan bahu secara teratur sangat penting untuk mengendurkan ketegangan ini, dan juga dengan menggunakan gerakan tubuh yang baik, sikap yang baik serta posisi yang nyaman pada waktu memberi ASI (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

d. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Depkes, tanda bahaya yang dapat timbul dalam masa nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, bengkak di muka, tangan atau kaki, disertai kait kepala dan atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai, payudara bengkak, berwarna kemerahan dan sakit, puting lecet. Ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya) (Depkes, 2015).

e. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Marmi (2014), masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu:

1) *Puerperium* Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium Intermedial*

Yaitu suatu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Marmi, 2014).

f. Kunjungan

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 3 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain dalam literatur:

- 1) Kunjungan ke-1 (6 jam-3 hari) setelah persalinan:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

- g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
- 2) Kunjungan ke-2 (4-28 hari setelah persalinan):
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (29-42 hari setelah persalinan):
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- f) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
- g) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

Pelayanan ibu nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu, kunjungan pertama 6 jam-3 hari, kunjungan kedua 4-28 hari dan kunjungan ketiga 29-42 hari. Jenis pelayanan dan pemantauan yang dilakukan berupa pemeriksaan fisik, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi, penanganan resti dan komplikasi serta nasihat tentang perawatan sehari-hari (Kemenkes RI, 2015).

WHO/UNICEF merekomendasikan pemberian 2 dosis vitamin A 200.000 IU dalam selang waktu 24 jam pada ibu pasca bersalin untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan mencegah terjadinya lecet puting susu. Suplementasi vitamin A akan meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perluakaan atau laserasi akibat proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

g. Tujuan Asuhan Pada Ibu Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologi pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi makas kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2) Melaksanakan skining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis
- 3) Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi
- 4) Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya

- 5) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Ai Yeyeh Rukiyah, 2013).

- h. Teori *Evidence Based Midwifery* pada Ibu Nifas (Pijat Oksitosin)

Salah satu aspek yang harus dipenuhi dalam memberikan asuhan kebidanan yang bertanggung jawab adalah dengan mengacu pada hasil penelitian yang paling *up to date*. Hasil penelitian yang didapatkan beserta rekomendasi dari peneliti dijadikan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan. Praktik kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari penelitian terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu memerlukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah.

P = Ibu post partum, Produksi ASI

I = Pijat oksitosin

C = Pre dan post test pijat oksitosin

O = Produksi ASI meningkat

“Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI pada Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe Tahun 2019”

Pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, *neurotransmitter* akan merangsang *medulla oblongata* langsung mengirim pesan ke *hypothalamus* di *hypofiseposterior* untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya. (Dahlia, 2021).

Pada penelitian yang dilakukan Ema Piliaria dan Rita Sopiatur (2018) didapatkan hasil bahwa produksi ASI pada ibu postpartum setelah intervensi pijat oksitosin sebagian besar mengalami peningkatan produksi ASI, hal ini menunjukkan terjadi peningkatan jumlah responden yang mengalami produksi ASI cukup, dimana 21 dari 24 responden yang sebelumnya mengalami produksi ASI tidak cukup menjadi produksi ASI cukup, sehingga responden yang mengalami produksi ASI cukup meningkat menjadi 27 responden (90%).

Hasil penelitian menunjukkan produksi ASI meningkat pada ibu postpartum setelah diberikan intervensi pijat oksitosin dan hasil uji *statistik McNemar* menunjukkan bahwa ($p=0.000$) < ($\alpha=0.05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI pada ibu postpartum di wilayah kerja Puskesmas Pejeruk tahun 2017. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan diberikan pijat oksitosin akan lebih memperlancar produksi ASI pada ibu postpartum.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yusari Asih (2017), berdasarkan analisis pengaruh pijat oksitosin terhadap kecukupan produksi ASI pada ibu nifas diketahui bahwa dari 16 responden yang melakukan pijat oksitosin terdapat 15 orang yang memiliki produksi ASI cukup, sedangkan dari 15

responden yang tidak melakukan pijat oksitosin terdapat 9 orang memiliki produksi ASI cukup.

Hasil Uji statistik menggunakan *ChiSquare* (x^2) diperoleh $p\text{-value} = 0,037$ ($p\text{-value} \leq 0,05$) yang berarti bahwa ada pengaruh signifikan antara pijat oksitosin terhadap produksi ASI di BPM Lia Maria Sukarame Bandar Lampung Tahun 2017. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 11,667$ ($1,227-110,953$) yang artinya ibu post partum yang melakukan pijat oksitosin mempunyai peluang 11,667 kali memiliki peluang produksi ASI yang cukup dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan pijat oksitosin.

Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis ibu menyusui. Saat ibu menyusui merasa nyaman dan rileks pengeluaran oksitosin dapat berlangsung dengan baik. Terdapat titik-titik yang dapat memperlancar ASI di antaranya, tiga titik di payudara yakni titik di atas puting, titik tepat pada puting dan titik di bawah puting, serta titik di punggung yang segaris dengan payudara. Pijat stimulasi oksitosin untuk ibu menyusui berfungsi untuk merangsang hormon oksitosin agar dapat memperlancar ASI dan meningkatkan kenyamanan ibu. Pijatan di bagian punggung ibu yang membuat ibu rileks juga dapat merangsang pengeluaran oksitosin.

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2017).

E. Teori Atonia Uteri

1. Pengertian

Atonia uteri adalah kegagalan uterus untuk berkontraksi setelah persalinan. Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. (Manuaba, 2013) Atonia uteri merupakan kegagalan otot rahim dalam melakukan kompresi pembuluh darah pada sisi plasenta yang terbuka setelah terjadi separasi.

sehingga darah dalam jumlah besar mengalir dari pembuluh darah maternal tanpa dapat dihentikan melalui fungsi hemostasis dan kerja ligatur. Perdarahan berat akibat dari atonia uteri selain dapat meningkatkan angka mortalitas maternal juga dapat meningkatkan angka morbiditas meliputi anemia berat yang menyebabkan ibu memerlukan transfusi darah, kurangnya perfusi jaringan sehingga terjadi kegagalan organ, dan tindakan operatif invasif berupa B-Lynch sampai dengan histerektomi

2. Etiologi

Atonia Uteri bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat-serat myometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh-pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi myometrium dinamakan atonia uteri dan keadaan ini menjadi penyebab utama perdarahan postpartum (Manuaba, 2013)

3. Faktor predisposisi

Kasus atonia uteri penyebabnya belum diketahui dengan pasti. Namun demikian ada beberapa faktor predisposisi yang biasa dikenal (Prawiroharjo, 2014)

a. Peregangan uterus yang berlebihan Otot-otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi. Penyebab peregangan uterus yang berlebihan antara lain :

- 1) Kehamilan ganda (gemeli) Kehamilan ganda dapat didefinisikan sebagai suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio atau janin sekaligus.
- 2) Polihidramnion
Suatu keadaan dimana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya lebih dari 2000 cc. Makrosomia janin (janin besar)
- 3) Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4.000 gram.

Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir. (Oxorn, 2010)

b. Umur

Umur individu dihitung mulai saat dilahirkan hingga waktu umur tersebut dihitung (Oxorn, 2010). Umur reproduksi terbagi:

- 1) Masa menunda kehamilan yakni umur < 20 tahun
- 2) Masa menjarangkan kehamilan yakni umur 20-35 tahun
- 3) Masa mengakhiri kehamilan yakni umur > 35 tahun

Seorang ibu hamil/bersalin dikatakan berisiko jika < 19 tahun atau >35 tahun (Manuaba, 2013) Remaja berumur antara 15 sampai 19 tahun

memiliki kemungkinan lebih besar mengalami anemia dan

berisiko lebih tinggi memiliki janin yang pertumbuhannya terhambat, persalinan prematur, dan angka kematian bayi yang tinggi. Ibu hamil yang berumur 35 tahun atau lebih, mengalami perubahan pada alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Menurut Puji Rochyati, 2011, umur ibu hamil atau bersalin yang termasuk risiko tinggi yaitu primipara muda kurang dari 16 tahun dan primipara tua berusia lebih dari 35 tahun. Bertambahnya usia Wanita berhubungan dengan menurunnya fungsi dan kemampuan adaptasi organ-organ tubuh secara keseluruhan sehingga meningkatkan risiko timbulnya kelainan-kelainan seperti: hipertensi, diabetes melitus, tromboembolisme, perdarahan post partum primer yang secara keseluruhan akan meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu selama kehamilan dan persalinan.

c. Paritas

Paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang dapat hidup. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup atau mati, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai usia viabilitas dan bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas adalah seorang perempuan yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup atau viable. Beberapa tingkatan paritas adalah:

- 1) Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi viable.
- 2) Primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi viable sebanyak satu kali.
- 3) Multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi viable sebanyak 2 kali atau lebih.
- 4) Grandemultipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi viable lebih dari empat kali.

Paritas adalah banyaknya persalinan yang dialami seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup. Kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multiparitas memiliki risiko lebih tinggi terjadi perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu-ibu primigravida. (Izfa R, 2016) Pada kehamilan seorang ibu yang berulang kali (*grande multipara*), maka uterus juga akan berulang kali teregang. Hal ini akan menurunkan kemampuan berkontraksi dari uterus segera setelah plasenta lahir. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi angka kematian maternal, karena kasus perdarahan meningkat dengan bertambahnya jumlah paritas. Ibu-ibu dengan kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multipara mempunyai resiko lebih tinggi terhadap terjadinya perdarahan pasca persalinan dibanding ibu-ibu yang termasuk golongan primipara. Primipara dan paritas tinggi (*grande multipara*) mempunyai angka kejadian perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (*primipara*), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan pada paritas tinggi (*grande multipara*), fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadi perdarahan pasca persalinan menjadi lebih besar (Manuaba, 2013).

d. Jarak Persalinan.

Jarak persalinan yang kurang dari 2 tahun mengakibatkan kelemahan dan kelelahan otot rahim, sehingga cenderung akan terjadi perdarahan post partum (Manuaba, 2013). Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, kondisi rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, sehingga cenderung mengalami partus lama, atau perdarahan post partum. Disamping itu, persalinan berturut-turut dalam jarak waktu singkat mengakibatkan uterus menjadi fibrotik, sehingga mengurangi daya

kontraksi dan retraksi uterus. Kondisi seperti ini yang berakibat terjadinya perdarahan post partum (Manuaba, 2013)

e. Partus lama

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam (Manuaba, 2013). Pada primigravida persalinan dikatakan lama bila berlangsung 24 jam dan lebih dari 18 jam untuk multigravida yang disertai komplikasi ibu maupun janin. (Kemenkes, 2013) Penyebab persalinan lama adalah kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan, terjadi ketidakseimbangan sefalopelvik, pempin persalinan selama proses persalinan yang salah dan primipara primer atau sekunder berusia tua. Lamanya persalinan menyebabkan adanya gangguan yang terjadi pada kekuatan his yang lemah, frekuensi his yang berkurang, lamanya kekuatan his berlangsung, koordinasi tidak teratur. Sehingga dampak dari

kegagalan his tersebut menyebabkan persalinan berjalan lambat dan lama serta menyebabkan terjadinya kelelahan pada otot uterus untuk berkontraksi (Manuaba, 2013)

f. Mioma uteri

Mioma Uteri secara tidak langsung dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin dalam masa kehamilan dan masa persalinan. Dapat meningkatkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Pengaruh mioma uteri pada kehamilan yaitu kemungkinan abortus bertambah, kelainan letak janin dalam rahim, dapat menghalangi lahirnya bayi, inertia uteri dan atonia uteri, mempersulit lepasnya *plasenta*, dan perdarahan yang banyak. Oleh karena itu mioma uteri merupakan masalah penting yang menyangkut kualitas kesehatan reproduksi. (Kemenkes, 2013)

g. *Anemia*.

Seseorang yang menderita *Anemia* maka memiliki sel darah merah yang lebih sedikit dari yang dibutuhkan atau jumlah efektif sel darah

merah berkurang. Tanpa sel darah merah yang cukup darah akan menggumpal atau membeku (Manuaba, 2013). Kekurangan *Haemoglobin* dalam darah mengakibatkan kurangnya *oksigen* yang dibawa oleh sel dalam tubuh maupun otak, begitu juga ke uterus, jumlah oksigen yang berkurang dalam darah menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga uterus tidak dapat menutup perdarahan terbuka dari tempat implementasi *placenta* setelah *placenta* lahir, sehingga timbullah *atonia uteri* yang mengakibatkan perdarahan banyak (Manuaba, 2013)

h. *Hypertensi*

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012). Pada ibu dengan preeklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Keadaan seperti ini menyebabkan terjadinya hipofibrinogemia (kurangnya zat fibrinogen dalam darah). Jika fibrinogen dalam darah berkurang cukup banyak, maka perdarahan pada saat proses persalinan akan sulit dihentikan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. (Novia dkk, 2011). Penggunaan MgSo₄ diindikasikan preeklampsia dan eklampsia berat diketahui MgSo₄ memiliki efek tokolitik yang dapat berkontribusi dengan *atonia uteri*.

i. Induksi Oksitosin

Persalinan yang di induksi dengan preparat oksitosin lebih besar memungkinkan untuk diikuti dengan perdarahan yang disebabkan karena *atonia uteri*. Percepatan persalinan dengan oksitosin mengakibatkan *atonia uteri* karena ketika uterus telah berkontraksi dengan dengan kuat kesempatan otot untuk berkontraksi tidak cukup,

serta terjadi peningkatan tonus rahim dengan relaksasi yang jelek antar kontraksi.(Novia dkk, 2011).

j. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklampsi dan preeklampsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum.

4. Patofisiologi

Adanya kegagalan otot rahim dalam melakukan kompresi pembuluh darah pada sisi plasenta yang terbuka setelah terjadi separasi.

sehingga darah dalam jumlah besar mengalir daripembuluh darah maternal tanpa dapat dihentikan melalui fungsi hemostasis dan kerja ligatur dan Perdarahan berat

5. Tanda dan Gejala Atonia Uteri.

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.

b. Konsistensi rahim lunak

Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.

c. Fundus uteri naik.

d. Terdapat tanda-tanda syok

- 1) Nadi cepat dan lemah (110 kali/menit atau lebih).
- 2) Tekanan darah sangat rendah: tekanan sistolik < 90 mmHg.
- 3) Pucat.

- 4) Keringat/kulit terasa dingin dan lembab.
- 5) Pernafasan cepat frekuensi 30 kali/menit atau lebih.
- 6) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran.
- 7) Urine yang sedikit (< 30 cc/jam).

6. Manifestasi Klinis

- a. Uterus tidak berkontraksi dan lembek.
- b. Perdarahan segera setelah anak lahir (post partum primer)

7. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah terganti. (Prawiroharjo, 2014)

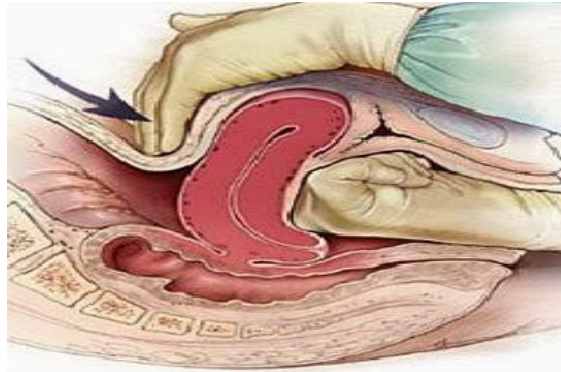
8. Penanganan Atonia Uteri

Banyaknya darah yang hilang akan mempengaruhi keadaan umum pasien. Pasien bisa masih dalam keadaan sadar, sedikit anemis, atau sampai syok berat hipovolemik. Tindakan pertama yang harus dilakukan bergantung pada keadaan kliniknya. Pada umumnya dilakukan secara stimulan (bila pasien syok) hal-hal sebagai berikut:

- a. Sikap Trendelenburg, memasang venous line, dan memberikan oksigen.
- b. Sekaligus merangsang kontraksi uterus dengan cara:
 - 1) Massase fundus uteri dan merangsang puting susu.
 - 2) Pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui suntikan secara IM, IV, dan SC.
- c. Memberikan derivat prostaglandin $F2\alpha$ (carboprost tromethamine) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual muntah, febris, dan takikardia.

- d. Pemberian misoprostol 800-1000 mg per-rektal.
 - e. Kompresi bimanual eksternal dan internal
 - f. Kompresi aorta abdominalis.
 - g. Pemasangan “tampon kondom”, kondom dalam kavum uteri disambung dengan kateter, difiksasi dengan karet gelang dan diisi cairan infus 200 ml yang akan mengurangi perdarahan dan menghindari tindakan operatif. Apabila semua tindakan gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan Tindakan operatif laparotomi dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi.
9. Penanganan Khusus Atonia Uteri Asuhan Persalinan Normal.
- a. Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir (Maksimal 15 detik)
 - b. Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang servik.
 - c. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
 - d. Segera lakukan kompresi bimanual interna dengan cara :
 - a. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukan tangan secara obstektrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus kedalam vagina ibu.
 - b. Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornik anterior , tekan dinding anterior uterus kearah tangan luar yang menahan dan mendorongdinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.
 - c. Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (pada implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi.

Gambar 1. Kompresi Bimanual Internal



- d. Evaluasi keberhasilan
 - a) Jika Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang terus lakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat pada kala IV.
 - b) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan masih berlangsung periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi lacerasi.
 - c) Jika uterus tidak berkontraksi dalam 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna kemudian lakukan langkah-langkah penanganan atonia uteri selanjutnya dan minta keluarga untuk mempersiapkan rujukan.
- e. Kompresi Bimanual Eksterna dengan cara :
 - a. Letakan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan diatas simpisis pubis.
 - b. Letakan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang corpus uteri sejajar dengan dinding depan corpus uteri. Usahakan untuk mencakup/memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
 - c. Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah didalam

anyaman myometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

Gambar 2. Kompresi Bimanual eksterna



- f. Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal. Jika ibu menderita hipertensi jangan diberikan ergometrin karena dapat menaikkan tekanan darah ibu.
- g. Pasang infus (gunakan jarum berdiameter besar ukuran 16 atau 18), berikan larutan RL 500 cc yang mengandung 20 unit oksitoksin.
- h. Pakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.
- i. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit segera rujuk ibu.
- j. Sambil membawa ibu ke tempat rujukan terus lakukan tindakan KBI atau pasang tampon kondom kateter. Cara pemasangan kondom kateter:
 - a. Siapkan alat (kondom, benang, kateter DC no 24, jégul, klem ovarium, speculum sim 2 bh, sarung tangan, set infus, cairan, bengkok.
 - b. Posisikan ibu dengan posisi litotomi
 - c. Masukkan kateter kedalam kondom dan ikat dengan benang dengan ikatan yang kuat.

- d. Dengan bantuan speculum sim dan klem ovarium, masukan kondom kateter kedalam cavum uteri.
- e. Bagian luar kateter disambungkan dengan ujung tali infus dan difiksasi dengan benang. Alirkan cairan (normal saline) grojok melalui kateter kedalam kondom di cavum uteri sampai seluruh cavitas penuh yang ditandai dengan terhentinya aliran. Jika telah penuh masukan jegul kedalam vagina untuk menfiksasi.Observasi perdarahan dan kontraksi uterus selama pemasangan kondom kateter24-48 jam sambil diberikan drip oksitosin untuk mempertahankan kontraksi uterus (minimal 6 jam pasca tindakan dan dilindungi triple regimen antibiotic selama 7 hari sebagai berikut (Amoxilin 500 mg setiap 6 jam , metronidazole 500 mg setiap 6 jam dan gentamicin 80 mg tiap 8 jam). Jika terjadi perbaikan cairan normal saline dikurangi secara bertahap 20 ml setiap 10-15 menit.

Gambar 3. Kondom Kateter



- k. Tetap berikan infus cairan sampai ibu tiba di tempat rujukan.
 - a. Infus 500 ml pertama dengan oksitosin 20 unit dihabiskan dalam waktu 10 menit.
 - b. Berikan tambahan 500ml/jam hingga tiba ditempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 liter dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125cc/jam.

- c. Jika cairan infus tidak cukup infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.
- 1. Jika perdarahan terus berlangsung setelah dilakukan tindakan kompresi, lakukan ligase arteria uterine dan ovarika

Jika tindakan tersebut diatas tetap tidak berhasil dan perdarahan mengancam nyawa lakukan tindakan histerektomi

G. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1. Konsep Dasar

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki membuahi telur wanita (fertilisasi) (Purwoastuti, 2015). Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Prawirohardjo, 2012).

Keluarga berencana postpartum adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau keguguran di rumah sakit, atau memberi pengarahan agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (Manuaba, 2013).

KB Pasca Persalinan adalah pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan sampai 6 minggu/42 hari sesudah melahirkan. Prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI (Kemenkes RI, 2016).

KB Pasca Persalinan adalah penggunaan metode kontrasepsi yang dilakukan oleh ibu pada masa nifas (sejak melahirkan sampai 42 hari sesudah melahirkan) (Kemenkes RI, 2014).

b. Manfaat KB

Menurut Bahiyatun (2009), manfaat Keluarga Berencana (KB), antara lain:

- 1) Untuk ibu:
 - a) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
 - b) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.
- 2) Untuk anak yang baru dilahirkan
 - a) Dapat tumbuh secara normal, karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
 - b) Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.
- 3) Untuk anak yang lain
 - a) Memberi kesempatan perkembangannya lebih baik, karena memperoleh makanan yang cukup.
 - b) Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna, karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak.
 - c) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik, karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.
- 4) Untuk ayah
 - a) Memperbaiki kesehatan fisiknya.

b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya (Bahiyatun, 2009).

c. Tujuan KB

Tujuan pokok program keluarga Berencana Indonesia sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- 2) Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Manuaba, 2014).

d. Sasaran Program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Manuaba, 2014).

e. Macam-macam KB Pascasalin

- 1) Alat kontrasepsi hormonal
 - a) Suntikan progestin
 - b) Kontrasepsi progestin (minipil)
 - c) Kontrasepsi implant
- 2) Alat kontrasepsi non hormonal
 - a) AKDR/IUD
- 3) Alat kontrasepsi sederhana

- a) Kondom
- b) MAL
- c) Senggama terputus
- 4) Kontrasepsi mantap
 - a) Tubektomi
 - b) Vasektomi
 - f. AKDR/IUD

1) Pengertian

Pengertian AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

IUD adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polythylene), ada yang dililit tembaga (Cu) ada pula yang tidak, tetapi ada pula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesterone (Kusmarjati, 2011).

2) Profil

Sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A), haid menjadi lebih lama dan banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS) (Saifuddin, 2010).

3) Jenis

AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari

tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana (Saifuddin, 2010).

- 4) Cara kerja
 - a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
 - b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
 - c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan kemampuan sperma untuk fertilisasi.
 - d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Saifuddin, 2010).
- 5) Keuntungan
 - a) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi.
 - b) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama.
 - c) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
 - d) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - e) Dapat segera dipasang setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi, dll (Saifuddin, 2010).
- 6) Kerugian
 - a) Perubahan siklus haid (umumnya 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - b) Haid lebih lama dan banyak.
 - c) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
 - d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
 - e) Klien tidak bisa melepas AKDR sendiri.
 - f) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR (Saifuddin, 2010).

g. Teori *Evidence Based Midwifery* pada KB IUD

Salah satu aspek yang harus dipenuhi dalam memberikan asuhan kebidanan yang bertanggung jawab adalah dengan mengacu pada hasil penelitian yang paling *up to date*. Hasil penelitian yang didapatkan beserta rekomendasi dari peneliti dijadikan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan. Praktik kebidanan sekarang lebih didasarkan pada bukti ilmiah hasil penelitian dan pengalaman praktik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia. Praktik berdasarkan penelitian merupakan penggunaan yang sistematis, ilmiah dan eksplisit dari penelitian terbaik saat ini dalam pengambilan keputusan tentang asuhan pasien secara individu. Hal ini menghasilkan asuhan yang efektif dan tidak selalu memerlukan intervensi. Kajian ulang intervensi secara historis memunculkan asumsi bahwa sebagian besar komplikasi obstetri yang mengancam jiwa bisa diprediksi atau dicegah.

P = Ibu post partum, IUD Post Plasenta Ekspulsi

I = IUD Post Plasenta

C = Tidak ada intervensi pembandingan

O = Mengurangi angka kejadian ekspulsi KB IUD Post plasenta

“Apakah Terdapat Hubungan Pemasangan IUD Post Plasenta Dengan Kejadian Ekspulsi Pada Wanita Usia Subur”

Pemasangan IUD post plasenta mempunyai keunggulan namun pemasangan IUD post plasenta juga memiliki kekurangan yaitu angka ekspulsi (terlepas) masih tinggi. Hal ini disebabkan karena pemasangan dilakukan pada saat kondisi rahim masih besar, IUD dapat terdorong keluar sejalan dengan proses pemulihan ukuran rahim ke bentuk semula. Angka kejadian ekspulsi ini diperkirakan 11%. Ini artinya, dari 100 orang yang menggunakan IUD post plasenta terdapat 11 orang yang

mengalami ekspulsi. Ekspulsi lebih sering dijumpai pada masa 3 bulan pertama setelah insersi (Sarifuddin, 2006).

Pemasangan IUD post partum memiliki kekurangan yaitu angka ekspulsi (terlepas) masih tinggi. Gejala ekspulsi antara lain kram, pengeluaran per vagina, *spotting* atau perdarahan, dan dispareni. Waktu pemasangan yang diselesaikan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan), serta teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Ratih Jayanti, dkk (2019) didapatkan bahwa hasil penelitian menunjukkan pemasangan IUD Pasca Persalinan Pervaginam dilaksanakan dengan baik dan efektif, yaitu dapat dilihat dari banyaknya akseptor yang masih menggunakan IUD pasca persalinan pervaginam. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi: 1) faktor akseptor yaitu efektivitas sama dengan steril, pemasangan relatif tidak sakit, darah yang keluar akibat pemasangan IUD tersamar dengan lokia, motivasi KB masih tinggi, tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya metode pil dan 2) faktor pelayanan kesehatan yaitu kualitas informasi dan konseling mengenai KB menggunakan alat bantu pengambilan keputusan ber-KB yang baik, tersedianya alat- alat kontrasepsi, meningkatnya kapasitas pelayanan KB, sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB yang baik, adanya dukungan kebijakan melakukan tindakan medis bagi bidan, perbaikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Linatul Fuadah dan Retno Kumalasari (2014) didapatkan bahwa sebanyak 7 ibu memasang IUD pada waktu 10 menit setelah melahirkan dan sebanyak 57,1 tidak mengalami ekspulsi. Sebanyak 3 responden

memasang IUD 48 jam setelah kelahiran dan semuanya mengalami ekspulsi. Sebanyak 22 responden memasang IUD setelah ≥ 4 minggu setelah melahirkan paling banyak tidak mengalami kejadian ekspulsi yaitu 20 responden (90,9%). Berdasarkan uji *chi-square* didapatkan *p value* = 0,005 lebih kecil dari $\alpha=0,05$ yang artinya terdapat hubungan pemasangan IUD post plasenta dengan kejadian ekspulsi pada WUS di Puskesmas Bobotsari Kabupaten Purbalingga. Nilai koefisien kontingensi 0,479 artinya tingkat hubungan sedang.

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

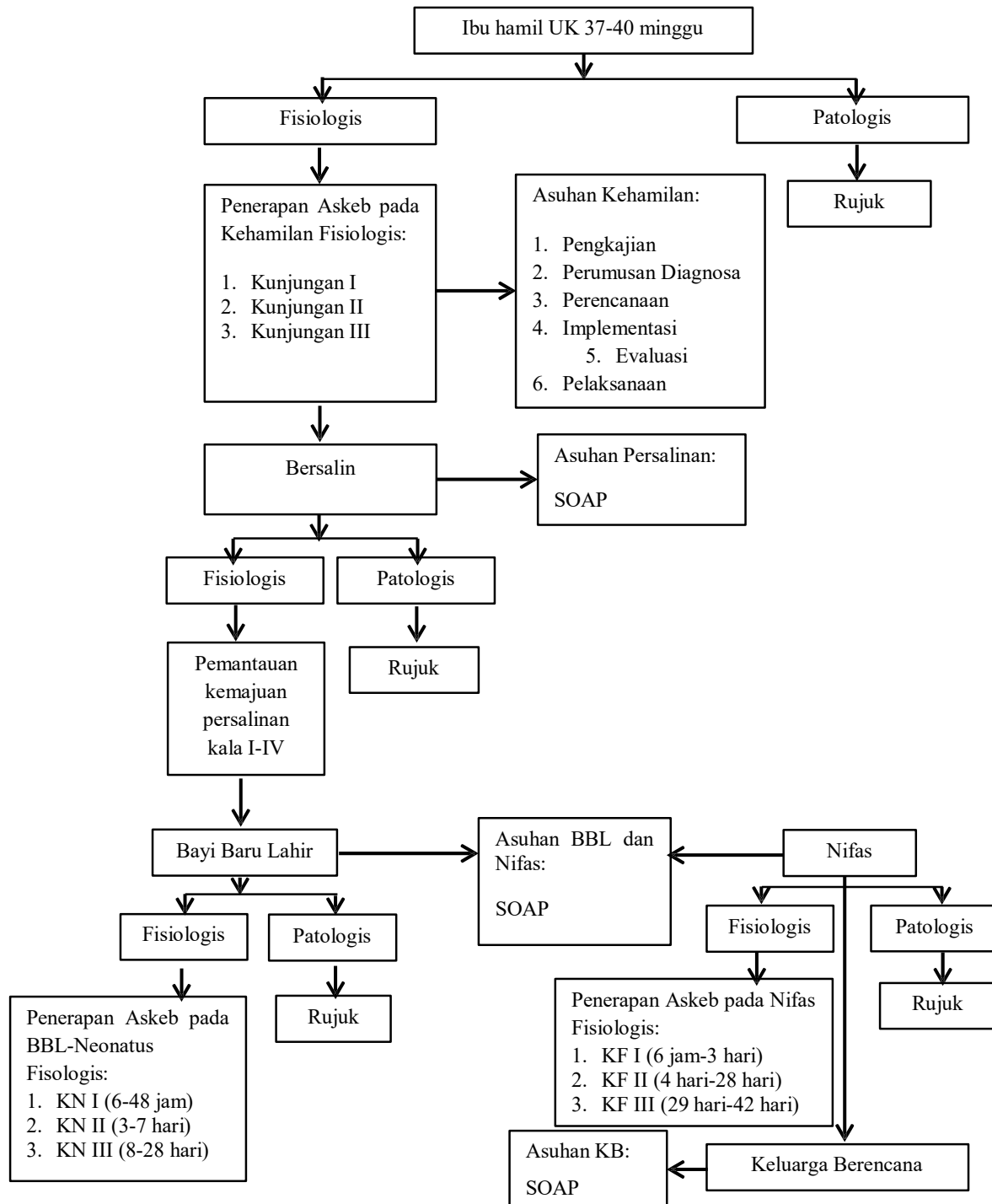
S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

O adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2017).

A. Kerangka Pikir



Bagan . KerangkaPikir

(Kemenkes, 2015)

B. Landasan Hukum

1. Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - a. Konseling pada masa sebelum hamil;
 - b. Antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Persalinan normal; d. ibu nifas normal;
 - e. Ibu menyusui; dan
 - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a. Episiotomi;
- b. Pertolongan persalinan normal;
- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;

- i. Penyuluhan dan konseling;
- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

1. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
2. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
 - a. Pelayanan neonatal esensial;
 - b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d. Konseling dan penyuluhan.

Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- a. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung; penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- b. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan

- c. Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:

- a. penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
 - b. pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan
2. UU Kebidanan No. 4 tahun 2019.

Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. Pelayanan kesehatan anak;
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;

- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan