

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional, kehamilan merupakan proses yang diawali dengan fertilisasi atau peleburan sel spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Waktu kehamilan akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Selama waktu tersebut, kehamilan akan dibagi menjadi 3 trimester. Trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, 15 minggu berikutnya merupakan trimester kedua (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga selama 13 minggu setelahnya (minggu ke-28 hingga ke-40) (Cunningham, 2014).

2. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

Perubahan fisiologi, menurut Marmi (2014) yaitu:

a. Vagina dan Perineum

Vagina akan berwarna keunguan selama kehamilan yang kemudian disebut sebagai tanda *Chadwick*. Hal ini dikarenakan peningkatan *vaskularisasi* dan *hiperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot *perinium* dan *vulva*.

b. Uterus

Dalam rangka menerimana dan melindungi hasil konsepsi, uterus akan beradaptasi selama kehamilan.

c. Ovarium

Ovarium berdiameter kurang lebih 3 cm saat awal masa kehamilan,

kemudian ovarium akan mengecil setelah plasenta terbentuk.

d. Payudara

Selama kehamilan, hormon estrogen akan meningkat. Hal ini mengakibatkan peningkatan jumlah sel (*hiperplasia*) sistem duktus dan jaringan *interstisial* payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya *somatomammotropin*) menyebabkan *hipertrofi* dan penambahan sel-sel *asinus* payudara serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, *lakto albumin*, *lakto globulin*, sel-sel lemak kolostrum. *Mammae* membesar dan tegang, terjadi *hiperpigmentasi* kulit serta *hipertrofi* kelenjar *Montgomery*, terutama daerah *aerola* dan *papilla* akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol.

e. Sistem Respirasi

Sistem respirasi mengalami perubahan terutama pada trimester III karena uterus yang membesar dan akan menekan ronggan intra abdomen yang berikutnya akan menekan diafragma. Hal ini akan menyebabkan pergerakan diafragma terbatas sehingga wanita hamil akan sulit untuk bernafas.

f. Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi* terutama saat kehamilan Trimester III.

g. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan, ibu hamil akan mengeluh sering kencing. Hal ini disebabkan saat ibu hamil terutama saat Trimester III, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul akan menekan kandung kencing.

h. Sistem Pencernaan

Pada kehamilan, akan terjadi penurunan peristaltik pada traktus digestivus dan penurunan produksi asam klorida dan peptin di lambung sehingga refluks asam lambung ke esofagus dan menurunnya tonus sfingter esophagus yang akan menyebabkan pasien pyrosis. Hal tersebut akan menyebabkan pasien mengeluhkan mual dan konstipasi.

i. Sistem Muskuloskeletal

Pembesaran uterus ke arah anterior pada saat kehamilan trimester III akan menyebabkan tubuh ibu melakukan kompensasi berupa posisi lordosis. Hal ini juga menyebabkan rasa nyeri pada punggung bawah saat akhir kehamilan.

j. Sistem Kardiovaskular

Jumlah leukosit akan meningkat saat kehamilan yaitu sebanyak 5000-12000/ mikroliter dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan nifas berkisar 14000-16000/mikroliter. Selain itu Marmi (2014) menyebutkan beberapa perubahan fungsi kardiovaskular yang terjadi pada ibu hamil adalah sebagai berikut.

1) Tekanan Darah (TD)

Tekanan darah akan mengalami penurunan hingga 5-10 mmHg selama pertengahan kehamilan. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal yang menyebabkan vasodilatasi perifer. Selain itu, uterus yang membesar akan menyebabkan obstruksi pada beberapa vena sehingga akan terjadi peningkatan tekanan vena yang dapat menyebabkan edema pada ekstremitas bawah dan varises.

2) Volume dan Komposisi Darah

Pada minggu ke-10-12, volume darah ibu hamil meningkat sekitar 1500 ml yang terdiri dari 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Meskipun volume darah meningkat, tekanan darah ibu akan tetap normal karena efek vasodilatasi yang juga terjadi.

3) Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat

Pada keadaan normal, eritrosit normal berjumlah 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³. Begitu juga dengan nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) yang akan menurun secara menyolok akibat kehamilan. Hal ini disebut juga dengan anemia fisiologis. Anemia dikatakan patologis apabila Hb kurang dari 10 gr/dL atau nilai hematokrit dibawah 35 persen.

4) Curah Jantung

Curah jantung akan meningkat 30-50 persen pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20 persen pada minggu ke-40. Peningkatan terutama disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup dan merupakan respons terhadap peningkatan kebutuhan O₂ jaringan.

k. Sistem Integumen

Perubahan hormon dan keregangan akan menyebabkan perubahan pada kulit ibu hamil diantaranya hiperpigmentasi, peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktifitas kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor.

l. Sistem Metabolisme

BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester III. Peningkatan BMR menunjukkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu

(Prawihardjo, 2016).

m. Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal adalah 12,5 kg (Walyani, 2015). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

3. Asuhan Antenatal

ANC atau asuhan antenatal adalah pelayanan kesehatan untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan bayinya dengan serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. ANC meliputi pengawasan terhadap kehamilan agar mendapatkan informasi mengenai kesehatan umum ibu, menegakkan penyakit yang menyertai kehamilan lebih awal, menegakkan komplikasi lebih awal, dan menetapkan risiko kehamilan seperti risiko tinggi, risiko meragukan, atau risiko rendah (Lestari, 2020).

Pelayanan asuhan antenatal pada kehamilan normal berubah yang sebelumnya minimal 4 kali kunjungan menjadi minimal 6 kali kunjungan setelah pandemi COVID-19 dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. ANC dilakukan minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3 (Kemenkes, 2020).

Sedangkan menurut Permenkes 21 Tahun 2021, pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi: 1 (satu) kali pada trimester pertama, 2 (dua) kali pada trimester kedua, dan 3 (tiga) kali pada trimester ketiga. Pelayanan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan

dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga (Kemenkes, 2021).

1) ANC ke-1 di Trimester 1

Pada pertemuan ini, skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal secara tatap muka, dilakukan janji temu/ teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/ secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test. Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan. Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan skrining oleh Dokter di FKTP (Kemenkes, 2020).

2) ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3, dan ANC ke-6 di Trimester 3

Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test. Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di FKTP (Kemenkes, 2020).

3) ANC ke-5 di Trimester 3

Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan : 1.

faktor risiko persalinan, 2. menentukan tempat persalinan, dan 3. menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak (Kemenkes, 2020).

Standar Minimal pelayanan *Antenatal Care* yang diberikan kepada ibu hamil yaitu dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang menurut Permenkes No 21 Tahun 2021 adalah sebagai berikut:

1) Pengukuran Tinggi Badan dan Penimbangan Berat Badan (T1)

Pengukuran tinggi badan cukup sekali dilakukan pada saat kunjungan awal ANC saja, untuk penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan. Untuk pengisian tinggi badan dan penimbangan berat badan ini diisi pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu hamil. Hal ini sangat penting dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Massa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks massa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu:

- a) 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5kg
- b) 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg
- c) Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. (Afriani 2018).

Pemeriksaan antropometri yang biasa dilakukan adalah penimbangan berat, pengukuran tinggi badan, penentuan berat ideal dan pola penambahan

berat. Berat pada kunjungan pertama ditimbang sementara berat sebelumnya jangan terlewat untuk di tanyakan. Berat sebelum hamil berguna untuk penentuan prognosis serta keputusan perlu tidaknya dilakukan terapi gizi secara intensif. Seorang ibu dengan tinggi badan yang lebih tinggi mempunyai kecenderungan kenaikan BB yang lebih besarpada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek.

2) Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan periksa kehamilan, dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu. Adapun tekanan darah dalam kehamilan yaitupada sistolik 120 dan diastolik 80. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi apakah tekanan darah normal atau tidak, tekanan darah pada ibu hamil dikatakan tinggi pada tekanan sistolik 140 dan tekanan diastolik 90 selama beberapa kali (Lestari, 2020).

Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan asfiksia neonatorum (Sari, 2019).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada awal kunjungan ANC,

hasil pengukuran dicatat di halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, ini dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu hamil (*skrining KEK*) dengan normal > 23,5 cm, jika didapati kurang dari 23,5 cm maka perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan. Bila ibu hamil kurang gizi maka daya tahan tubuh untuk melawan kuman akan melemah dan mudah sakit maupun infeksi, keadaan ini tidak baik bagi pertumbuhan janin yang dikandung dan juga dapat menyebabkan anemia yang berakibat buruk pada proses persalinan yang akan memicu terjadinya perdarahan. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi ibu hamil (Wahyuni, 2018).

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan pada saat usia kehamilan masuk 22-24 minggu dengan menggunakan pita ukur, ini dilakukan bertujuan mengetahui usia kehamilan dan taksiran berat badan janin. Hasil pengukuran TFU ini dicatat pada halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, yaitu bagian kolom yang tertulis periksa tinggi rahim. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT (Afriani, 2018).

Tinggi fundus uteri dan asupan gizi ibu hamil berpengaruh terhadap berat bayi lahir dan erat hubungannya dengan tingkat kesehatan bayi dan

angka kematian bayi. Angka kematian ibu dan bayi, serta kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yang tinggi pada hakikatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (kurang energi kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR yang dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan berat badan yang normal (Aghadiati, 2019).

5) Pengukuran Presentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5)

Pengukuran Presentasi janin dan DJJ dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat di halaman 2 pada kolom yang tertulis periksa letak dan denyut jantung janin. Detak jantung janin (DJJ) adalah sebuah indikator atau dalam sebuah pemeriksaan kandungan yang menandakan bahwa ada kehidupan di dalam kandungan seorang ibu. Untuk memeriksa kesehatan janin di dalam kandungan ibu hamil, dokter melakukan beberapa hal pemeriksaan dan denyut jantung bayi yang baru bisa dideteksi kurang lebihnya pada usia 11 minggu (Wulandari, 2021).

6) Melakukan Skrining TT (Tetanus Toksoid) (T6)

Skrining TT (Tetanus Toksoid) menanyakan kepada ibu hamil jumlah vaksin yang telah diperoleh dan sejauh mana ibu sudah mendapatkan imunisasi TT, secara idealnya WUS (Wanita Usia Subur) mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali, mulai dari TT1 sampai TT5. Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) artinya memberikan kekebalan terhadap penyakit tetanus pada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Azizah, 2015).

Pengisian Skrining TT dicatat pada halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis status dan imunisasi tetanus. Sesuai dengan WHO, jika

seorang ibu yang tidak pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian) Jarak pemberian (interval) imunisasi TT 1 dengan TT2 minimal 4 minggu (Afriani, 2018).

Tabel 2. 1 Skrining Tetanus Toxoid

Antigen	Interval	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT3	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Afriani, 2018

7) Pemberian Tablet Fe (T7)

Zat besi merupakan mikro elemen esensial bagi tubuh yang diperlukan dalam sintesa hemoglobin dimana untuk mengkonsumsi tablet Fe sangat berkaitan dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil (Latifah, 2020). Pemberian tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC, setiap pemberian dilakukan pencatatan di buku KIA halaman 2 pada kolom yang tertulis pemberian tablet tambah darah. Pemberian tablet besi atau Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak satu tablet (60mg) setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama masa kehamilan, sebaiknya memasuki bulan kelima kehamilan, TTD mengandung 200 mg ferro sulfat setara dengan 60 ml besi elemental dan 0,25 mg asam folat baik diminum dengan air jeruk yang

mengandung vitamin C untuk mempermudah penyerapan (Afriani, 2018).

8) Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mencegah hal-hal buruk yang bisa mengancam janin. Hal ini bertujuan untuk skrining/mendeteksi jika terdapat kelainan yang perlu dilakukan lebih lanjut (Depkes RI, dalam Afriani 2018). Hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan mencatat di buku KIA halaman 2 pada bagian kolom test lab haemoglobin (HB), test golongan darah, test lab protein urine, test lab gula darah, PPIA. Berikut bentuk pemeriksaannya:

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan (Afriani 2018).

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan (Afriani, 2018).

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali

pada trimester pertama,sekali pada trimester kedua,dan sekali pada trimester ketiga terutama akhir trimester ketiga.

e) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan

f) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

9) Tatalaksana atau penanganan khusus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium atau setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pengisian tersebut dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis tatalaksana kasus (Soebyakto, 2016).

10) Temu wicara (Konseling) (T10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, pengisian tersebut dicatat di buku KIA halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis konseling. Pemberian konseling yang meliputi, sebagai berikut :

- a) Kesehatan Ibu. Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ketenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9 -10 jam per hari)dan tidak bekerja keras (Afriani 2018).
- b) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi dua kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah ragaringan (Afriani, 2018).

- c) Peran Suami/Keluarga Dalam Kehamilan. Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga, atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan, dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.
- d) Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda – tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, maupun nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengenal tanda – tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan (Afriani, 2018).
- e) Asupan Gizi Seimbang. Selama hamil ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilannya.
- f) Gejala Penyakit Menular dan Tidak Menular. Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala – gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif. Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.
- g) KB (Keluarga Berencana) Paska Persalinan. Ibu hamil diberikan pengarah tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan Keluarga (Afriani, 2018).
- d. Deteksi Dini Resiko Kehamilan
- Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Faktor

risiko adalah kondisi yang membuat ibu berisiko untuk mengalami komplikasi saat proses kehamilan, persalinan, atau masa nifas yang dapat menyebabkan mortalitas dan kesakitan baik pada ibu dan/atau bayi (Rochjati, 2011). Faktor risiko tersebut dapat diidentifikasi secara dini sehingga dapat ditangani dengan sesuai dalam penatalaksanaan kehamilan. Beberapa penyakit mungkin memerlukan keterlibatan subspecialis kedokteran fetomaternal, ahli genetik, dokter anak, ahli anestesi, atau spesialis kedokteran lain dalam evaluasi, konseling, dan perawatan wanita dan janinnya (Cunningham, 2014).

Untuk mengetahui secara dini faktor risiko pada kehamilan, dilakukan skrining kehamilan dengan menggunakan kartu skor Poedji Rohjati yang termuat dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil Berdasarkan buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2010) faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat resikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:

1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu, 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan (Rochjati, 2011).

Tabel 2. 2 Faktor Risiko Kehamilan Kelompok 1

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun

2	Primi Tua	Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun, terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan < 145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	Hamil kedua, pertama gagal. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum Pernah urin dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim Pernah diinfus /transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati, 2011

2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 2. 3 Faktor Risiko Kehamilan Kelompok 2

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	a. Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang
	b. Malaria	Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala
	c. Tuberkulosis paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	d. Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	e. Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium

	f. PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemelli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa di banyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anakkurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atasdalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati, 2011

3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 2. 4 Faktor Risiko Kehamilan Kelompok 3

No	Faktor Risiko (FR III)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Preellampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati, 2011

4) Cara pemberian skor (Rochjati, 2011)

- a) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberinilai 2, 4 dan 8.
- b) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- c) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklampsia berat/eklampsia diberi skor 8.

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawihardjo, 2014).

Menurut WHO persalinan normal adalah persalinan yang di mulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala,usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu.

2. Faktor Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Kurniarum (2016), persalinan terjadi diakibat oleh beberapa faktor. Adapun teori-teori penyebab terjadinya persalinan adalahsebagai berikut:

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalamipenurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

b. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batastertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

e. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

3. Tanda Gejala Persalinan

Adapun tanda-tanda mendekati persalinan menurut Kurniarum (2016)

a. *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota

bawah.

b. *Pollikasuria*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

c. *False labor.*

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- 1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
- 2) Tidak teratur.
- 3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
- 4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d. *Perubahan serviks.*

Pada akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e. *Energy Sport.*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan

fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

f. *Gastrointestinal Upsets.*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

Selain tanda di atas, tanda pasti dari persalinan adalah :

a. Timbulnya kontraksi uterus.

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan servix.

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir).

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar

disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

- d. *Premature Rupture of Membrane* (keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir).

Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali.

4. Fase Persalinan

- a. Kala I

Menurut (Walyani, 2015) Kala I merupakan waktu untuk pembukaanserviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- 1) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkanpenipisan danpembukaan serviks secara bertahap:

- (1) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
- (2) Biasanya berlangsung hingga 8 jam

- 2) Fase Aktif

Servix membuka dari 4 sampai 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm/jam dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase ini berlangsung selama 6 jam.

Dalam buku Walyani (2015) fase aktif dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- (1) Fase akselerasi, lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadimenjadi 4 cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan brlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi9 cm.
- (3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2 cm/jam.
- (4) Selama kala 1 lakukan pemantauan pada beberapa parameter seperti berikut (Kemenkes RI, 2013):

Tabel 2.5. Penilaian dan intervensi kala 1

Parameter	Frekuensi pada kala 1 fase laten	Frekuensi pada kala 1 fase aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Lanjutan.

b. Kala II

Kala 2 dimulai ketika dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran janin. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. Pada primi proses ini

biasanya berlangsung selama 2 jam dan 1 jam pada multi. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul. Selama kala dua persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50 sampai 70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban sering kali terjadi pada awal kala ini, dengan semburan cairan ketuban yang membungkus kepala bayi baru lahir (Varney,2017).

1) Mekanisme Persalinan

a) Engagement

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagital melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. engagement terjadi sampai 2 minggu sebelum persalinan pada nulipara dan tidak terjadi sampai persalinan pada multipara.

b) Penurunan kepala

Penurunan merupakan hasil dari sejumlah kekuatan termasuk kontraksi (yang memperkuat tulang punggung janin, menyebabkan fundus langsung menempel pada bokong) dan pada kala II dorongan yang dapat dilakukan ibu karena kontraksi otot-otot abdomennya.

Penurunan kepala janin digambarkan dengan mempertimbangkan station bagian presentasi. Station adalah suatu perkiraan posisi bagian presentasi dalam kaitannya dengan spina iskiadika pada garis tengah pelvis. Ketika titik paling rendah janin berada pada spina iskiadika ini ditetapkan menjadi station 0. Ketika bagian presentasi ada di atas simfisis berarti pengukuran ditunjukkan oleh angka negative, bila dibawah spina berarti ditunjukkan dengan angka positif. Jadi bila oksiput janin ada pada pintu atas

panggul, ini diartikan sebagai station -5. Bila ada crowning akan menjadi +5.

Penurunan tidak mengikuti pola mantap dan kontinu. Biasanya kecepatan paling besar penurunan terjadi selama fase deselerasi kala pertama persalinan dan selama kala kedua persalinan.

c) Fleksi

Fleksi disebabkan ketika kepala janin terus didorong maju tetapi kepala janin menemui tahanan struktur tulang pelvis dan otot pelvis, dengan fleksi janin memasuki ruang panggul dengan ukuran kecil yakni dengan diameter suboksipitobregmatika 9 cm, oksipitofrontalis 12cm, dan suboksipito bergmatika 32 cm.

d) Rotasi dalam

Ketika kepala janin telah turun pada setinggi atau dibawah spina iskiadika, janin menemui tahanan oleh koksigiis dan otot ileokoksigeus dasar pelvis. Tahanan ini menyebabkan rotasi positif kepala janin 45 derajat anterior sehingga oksiput berada langsung di bawah simfisis pubis. Ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil di bawah simfisis.

e) Ekstensi

Ketika kepala janin muncul melalui introitus, banyak faktor mendorong dari fleksi sampai ekstensi. Dorongan kontraksi mendorong janin kebawah sementara tahanan otot pelvis mendorongnya anterior mengikuti lengkungan normal jalan lahir.

Adanya distensi perineum dan pembukaan vagina, bagian oksiput perlahan-lahan akan semakin terlihat. Kepala lahir dengan urutan oksiput, bergma, dahi, hidung, mulut, dan akhirnya dagu melewati tepi anterior

perineum. Segera setelah lahir, kepala menghadap ke bawah sehingga dagu terletak di atas anus maternal (Cunningham, 2014).

f) Putar paksi luar

Putar paksi luar adalah gerakan kembali ke posisi sebelum putarpaksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya, dilahirkan bahu depan terlebih dahulu, baru kemudian bahubelakang.

g) Eksplusi

Setelah bahu dilahirkan, kemudian dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu baru kemudian trikanter belakang disusul kelahiran seluruh tubuh yang terjadi secara cepat.

c. Kala 3

Kala 3 dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Segera setelah lahir, mulai berlangsung pelepasan plasenta, karena sifat retraksi ototuterus. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan melihat tanda- tanda: uterus dapat dirasakan berbentuk globular yang keras, uterus terdorong di atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah.

d. Kala 4

Kala 4 dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Pada periode ini dilakukan pengamatan dan pengkajian yang ketat

terkait kondisi ibu. Pengamatan yang dilakukan pada periode ini antara lain untuk hal-hal berikut (Varney,2017):

- a) Evaluasi kontraksi uterus dan perdarahan
- b) Inspeksi dan evaluasi serviks, vagina dan perineum
- c) Inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat
- d) Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi.
- e) Evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan.

Periode ini sangat penting untuk membentuk hubungan antar keluarga dan hubungan anak dan orang tua. Salah satu cara untuk membentuk hubungan tersebut adalah dengan melakukan IMD (inisiasi menyusui dini).

5. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu kondisi penyulit persalinan dimana selaput ketuban pecah sebelum proses persalinan. Apabila kejadian ini terjadi pada usia kehamilan diatas 37 minggu, kondisi ini dapat disebut Ketuban Pecah Dini atau *Premature Rupture of Membrane (PROM)*. Sedangkan, Ketuban Pecah Dini yang terjadi pada usia kurang dari 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini Prematur atau *Preterm Premature Rupture of Membrane (PPROM)* (Dayal dkk., 2021)

Kejadian ketuban pecah dini (KPD) terjadi pada 10 -12% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm 2-5% (Getahun dkk., 2010). Insiden KPD di seluruh dunia bervariasi antara 5-10% dan hampir 80% terjadi pada usia kehamilan aterm (Endale dkk., @016). Sementara itu, insiden KPD preterm diperkirakan sebesar 3-8%.(Okeke dkk., 2014). Pada penelitian yang dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar melaporkan terdapat

sebanyak 212 kasus dari 1450 persalinan (14,62%). Kejadian persalinan dengan KPD pada usia kehamilan aterm (≥ 37 minggu) yaitu 179 kasus (84,43%), sedangkan pada preterm sebanyak 33 kasus (15,57%) (Budijaya, 2016).

a. Tanda dan Gejala KPD

Tanda dan gejala yang terjadi pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD), antara lain keluarnya cairan ketuban melalui vagina tanpa disertai dengan adanya nyeri pada perut. Pemeriksaan inspeksi dengan spekulum dilakukan untuk mengonfirmasi keluarnya cairan ketuban dari vagina, dapat tampak dilatasi dan atau penipisan serviks. Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), apabila belum tampak keluar, fundus uteri dapat ditekan, penderita diminta batuk, mengejan, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior (Negara dkk. 2017). Cairan ketuban umumnya berbau amis, berwarna jernih atau kekuningan, dengan terkadang disertai sedikit garis berwarna darah. Cairan bisa berwarna keruh berisi mekonium berwarna kuning kehijauan yang dikeluarkan oleh bayi akibat mengalami distress. Air ketuban dapat menyembur secara tiba-tiba atau keluar sedikit-sedikit, bisa secara intermiten atau konstan. Air ketuban dapat pula mengalir keluar pada saat pemeriksa mendorong bagian presentasi janin. Cairan yang keluar biasanya tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Saat pasien berada pada posisi duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah dapat mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Jika KPD disebabkan oleh infeksi, kondisi pasien dapat disertai dengan gejala seperti demam, bercak pada vagina yang banyak,

nyeri perut, serta denyut jantung janin yang bertambah cepat (Duff, 2016). Ketika curiga terjadi KPD, penting untuk menghindari melakukan pemeriksaan serviks secara digital atau *vaginal touche* (VT) karena dapat meningkatkan risiko infeksi, morbiditas dan mortalitas, serta tidak menambah informasi pemeriksaan. Bila cairan amnion jelas terlihat mengalir dari serviks, tidak diperlukan lagi pemeriksaan lainnya untuk mengonfirmasi diagnosis (POGI, 2016).

Jika dengan pemeriksaan fisis sebelumnya belum dapat mengonfirmasi KPD, pemeriksaan dapat dilanjutkan dengan melakukan tes *nitrazine* atau kertas lakmus dari forniks posterior vagina, pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui pH dari cairan yang keluar. Air ketuban umumnya memiliki pH 7,0–7,3 sedangkan pH sekret vagina adalah 4,5–6. Cairan amnion akan mengubah kertas lakmus menjadi berwarna biru karena bersifat alkalis (POGI, 2016). Selain itu dapat dilakukan pemeriksaan USG dapat digunakan untuk menilai volume cairan amnion. Bila didapatkan volume atau indeks cairan amnion yang berkurang tanpa adanya abnormalitas ginjal janin atau tanpa adanya pertumbuhan janin terhambat, maka dapat dicurigai terjadinya KPD. Pemeriksaan lainnya yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan mikroskopis (tes fern atau tes pakis) dan pemeriksaan laboratorium (Kariman, 2013).

Berdasarkan Panduan Praktik Klinis SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP Sanglah tahun 2015, kriteria diagnosis KPD adalah:

- Hamil lebih dari 20 minggu.
- Keluar air dari Orifisium Uteri Eksternum (OUE).
- Kertas lakmus merah berubah warna menjadi biru.

- Tidak ada tanda-tanda inpartu.

b. Tatalaksana KPD

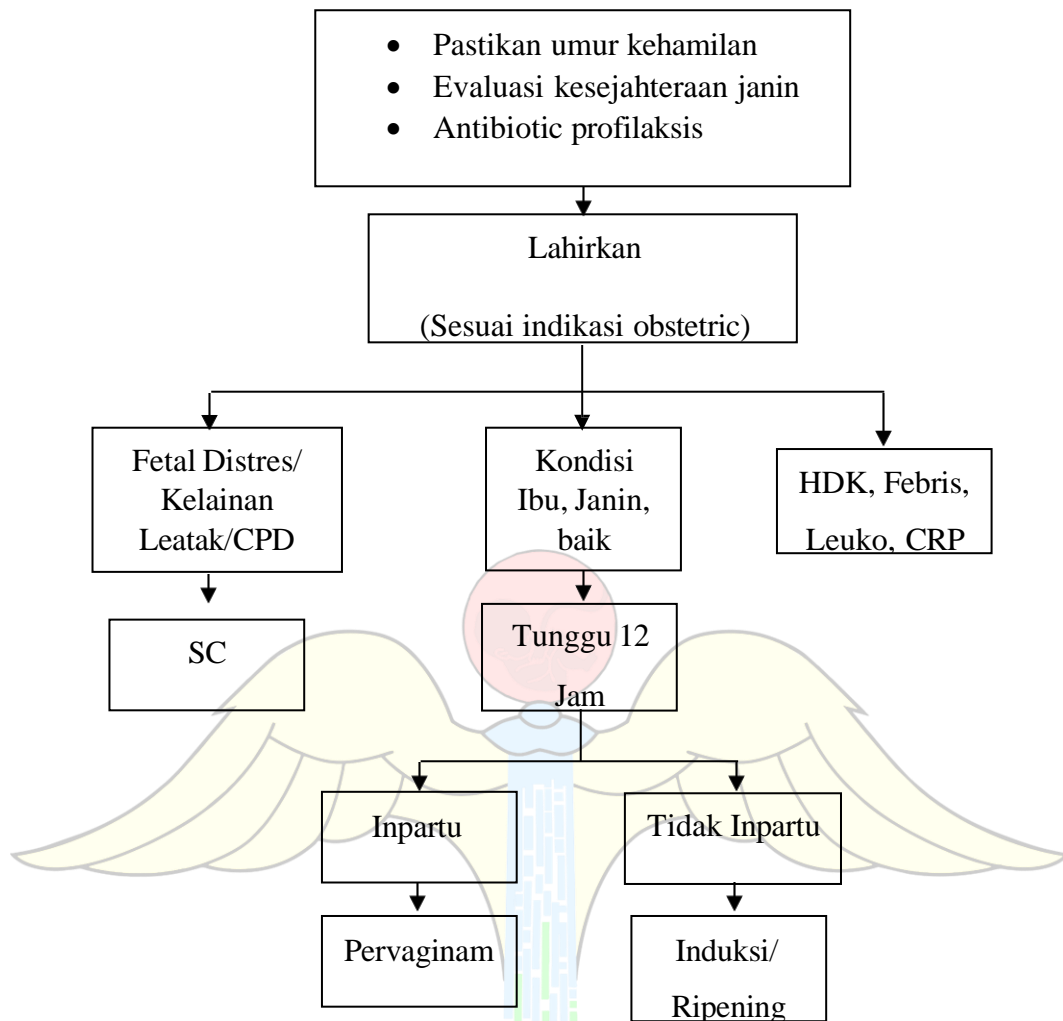
Tatalaksana pada pasien dengan KPD dilakukan untuk mencegah mortalitas dan morbiditas perinatal pada ibu dan bayi. Tatalaksana yang dilakukan dapat berupa manajemen ekspektatif atau manajemen aktif.. Manajemen ekspektatif adalah penanganan dengan pendekatan tanpa intervensi atau hanya melakukan observasi pada pasien, sementara manajemen aktif melibatkan klinisi untuk lebih aktif mengintervensi persalinan (Hannah dkk., 2000). Pada kasus KPD kehamilan aterm, manajemen aktif dengan induksi berhubungan dengan penurunan morbiditas infeksi ibu dan peningkatan kepuasan ibu tanpa meningkatkan operasi caesar atau persalinan pervaginam operatif. Selain itu, lebih sedikit bayi yang dirawat di NICU dan lebih sedikit bayi yang membutuhkan antibiotik pascakelahiran jika dilakukan penatalaksanaan manajemen aktif. Meskipun demikian, setelah penilaian awal, beberapa ibu dan/atau dokter mungkin memilih untuk percobaan manajemen ekspektatif dalam kasus tertentu yang telah tersupervisi dengan baik. Adapun kriteria untuk manajemen ekspektatif berdasarkan Panduan Praktik Klinis SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP Sanglah tahun 2015 meliputi:

- KPD aterm dengan presentasi kepala.
- Streptokokus grup B (GBS) negatif.
- Tidak ada tanda-tanda infeksi (takikardia ibu, demam, nyeri tekan uterus).
- CTG normal.
- Tidak ada riwayat pemeriksaan vagina digital, jahitan serviks.

- Sumber daya/staf yang memadai untuk memberikan dukungan sebagai pasien rawat jalan atau rawat inap.
- Komitmen untuk mengukur suhu ibu setiap 4 jam, evaluasi *discharge* vagina dan penilaian kesejahteraan janin.

Berikut penjelasan lebih lanjut terkait tatalaksana KPD dengan kehamilan aterm:

1. Diberikan antibiotika profilaksis
2. Dilakukan pemeriksaan *admission test* bila hasilnya patologis dilakukan seksio sesarea.
3. Observasi temperatur rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat $> 37,6^{\circ}\text{C}$ segera dilakukan terminasi.
4. Bila *admission test* dan temperatur rektal $< 37,6^{\circ}\text{C}$, dilakukan observasi tanda inpartu selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan induksi persalinan.
5. Bila terdapat komplikasi pada ibu seperti hipertensi dalam kehamilan, leukosit > 12.000 , CRP > 10 mg/L, dan pelvik skor < 5 dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan.
6. Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi pembukaan serviks (PS) :
7. Bila PS lebih atau sama dengan 5, dilakukan induksi dengan oksitosin drip.
 - Bila kurang dari 5, dilakukan pematangan serviks dengan misoprostol 25 mcg pervaginam setiap 6 jam maksimal 2 kali pemberian. Bila PS baik dilakukan induksi dengan oksitosin drip 6 jam setelah dosis terakhir.



Gambar 2. 1 Tatalaksana KPD Kehamilan Aterm

C. Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam seperti keadaan sebelum hamil masa nifas atau perium dimulai sejak 2 jam Setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu atau 42 hari setelah itu. dalam bahasa Latin waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut barbarium puerperium yaitu kata puer yang artinya bayi dan parous yang artinya melahirkan jadi puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi (Pitriani, 2014).

Menurut Cunningham (2014), Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya "periode" ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyak perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga dapat terjadi. Adapun tujuan dari pemberian asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- b. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mempercepat involusi alat kandungan.
- f. Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan.
- g. Melancarkan pengeluaran lochea.
- h. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme (Pitriani, 2014).

2. Tahapan Nifas

Menurut Walyani (2015), nifas dibagi dalam tiga periode yaitu:

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

3. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

- a. Involusi uterus dan pengeluaran lochea

Uterus, segera setelah kelahiran bayi, plasenta, dan selaput janin, beratnya sekitar 1000 g. Berat uterus menurun sekitar 500 g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat yang biasanya pada saat tidak hamil, yaitu 70 g pada minggu kedelapan pascapartum.

Segera setelah kelahiran, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar dua per tiga hingga tiga per empat bagian atas antarasimfisis pubis dan umbilicus. Letak TFU kemudian naik, sejajar dengan umbilicus dalam beberapa jam. TFU tetap terletak kira-kira sejajar (atau satu ruas jari dibawah) umbilicus selama satu atau dua hari dan secara bertahap turun ke panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi di atas simfisis pubis setelah hari kesepuluh pascapartum (Varney, 2017)

Lokhea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada masa nifas. Lokhea terbagi atas (Kemenkes RI, 2015):

- a) Lokhea rubra (cruenta) yaitu berisi darah dan sisa-sisa selaput

ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan.

b) Lokhea sanguilenta yaitu berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.

c) Lokhea serosa yaitu berwarna kuning, cairan tidak berubah lagi, terdapat pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan.

d) Lokhea alba yaitu terdapat cairan putih setelah 2 minggu

b. Involusi Tempat Melekatnya Plasenta

Segera setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta kira-kira berukuran sebesar telapak tangan, tetapi dengan cepat ukurannya mengecil. Pada akhir minggu kedua, diameternya hanya 3 sampai 4 cm. Dalam waktu beberapa jam setelah kelahiran, tempat melekatnya plasenta biasanya terdiri atas banyak pembuluh darah yang mengalami trombosis yang selanjutnya mengalami organisasi trombus secara khusus (Cunningham, 2014).

c. Serviks

Menurut Nugroho dkk (2014) segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat

dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai *involutio*, *ostium eksternum* tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya *ostium eksternum* lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

d. Endometrium

Dalam waktu 2 atau 3 jari setelah kelahiran, sisa berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar endometrium dan stroma jaringan berlangsung cepat, kecuali pada tempat melekatnya plasenta. Dalam 1 minggu atau lebih, permukaan bebas menjadi tertutup oleh epitel dan seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu ketiga. (Cunningham, 2014).

e. Vagina dan Perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama (Varney, 2017).

f. Laktasi / Pengeluaran Air Susu Ibu

Ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak, dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai, payudara teraba hangat dan keras ketika di sentuh. Rasa nyeri akan menetap selama 48 jam. Susu putih kebiruan (tampak seperti susu skim) dapat dikeluarkan dari puting susu (Varney, 2017)

g. Tanda-tanda Vital

1) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2017).

2) Nadi

Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

3) Tekanan Darah

Setelah kelahiran bayi, dilakukan pengukuran tekanan darah dasar. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait dengan hipertensi, biasanya tekanan darah kembali ke kisaran

normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Oleh karena itu, pengukuran tekanan darah tidak perlu dilakukan secara rutin tanpa indikasi klinis.

4) Respirasi

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2017).

5) Sistem Kardiovaskuler

a) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Pada minggu ketiga dan keempat setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume sebelum hamil.

b) Curah jantung

Denyut jantung volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya

melintas sirkuit uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

6) Sistem Gastrointestinal

Wanita mungkin kelaparan dan mulai makan satu atau dua jam setelah melahirkan. Kecuali ada komplikasi kelahiran, tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan pada wanita pascapartum yang sehat lebih lama dari waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian awal. Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi (Varney, 2017)

7) Sistem Integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar, tetapi tidak hilang seluruhnya (Varney, 2017).

8) Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pascapartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira dua sampai delapan minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta

pelvis ginjal kembali kekeadaan sebelum hamil (Cunningham, 2014)

9) Sistem Hematologi

Leukositosis dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama persalinan, dilanjutkan dengan peningkatan SDP selama 2 hari pertama pascapartum. Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah (Varney, 2017).

10) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badansaat hamil, wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula (Varney, 2017).

4. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

a. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik.

Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: Kekecewaan pada bayinya; Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, Rasa bersalah karena belum menyusui bayinya, Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi (Pitriani, 2014).

b. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

Tugas bidan antar lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain (Pitriani, 2014).

c. Fase letting go

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung pada hari ke- 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi

peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya (Pitriani, 2014).

5. Kunjungan Nifas

Berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas yaitu: 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pascapersalinan; 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pascapersalinan; 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan; dan 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan (Pitriani, 2014).

a. Kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu ke anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal.
- 5) Melakukan hubungan antara Ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi (Pitriani, 2014).

b. Kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai ada-adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Pitriani, 2014).

c. Kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan)

- 1) sama seperti kunjungan 2 (Pitriani, 2014).

d. Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)

- 1) menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyut yang ia atau bayi alami.
- 2) memberikan konseling untuk KB secara dini (Pitriani, 2014).

6. Tanda Bahaya Masa Nifas

Adapun beberapa tanda dan bahaya selama masa nifas diantaranya: perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba, cairan vagina dengan bau busuk yang keras, rasa nyeri di bagian perut bawah atau punggung, sakit kepala yang terus-menerus nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan

- a. pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan
- b. payudara memerah, panas, dan atau sakit
- c. kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- d. rasa sakit, warna merah, kelembutan dan garing atau pembengkakan pada kaki
- e. terasa sangat letih atau bernafas terengah-engah

D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0 – 28 hari (Kemenkes, 2010). Sumber lain menjelaskan secara lebih detail bahwa bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai usia 1 bulan. Bayi baru lahir fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram.

2. Penanganan Segera Bayi Baru Lahir

Menurut Walyani (2015) komponen asuhan bayi baru lahir meliputi:

- a. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan spontan menangis setelah dilahirkan. Apabila bayi tidak segera menangis segera setelah dilahirkan maka bersihkan jalan nafas bayi.

- b. Memotong dan Merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak

begitu menentukan dan tidak mempengaruhi bayi, kecuali bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril. Sebelum di gunting klem terlebih dahulu menggunakan umbilical cord. Luka tali pusat di bersihkan dan di bungkus menggunakan kaas steril. Dan diganti setiap hari atau setiap bahas atau kotor.

c. Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya: keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi, dan selimuti ibu dan bayi serta pakaikan topi di kepala bayi.

d. Memberikan Vit K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskular setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

e. Memberi obat tetes/salep mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi tersebut mengandung antibiotika tetrasiklin 1%. Salep

antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

f. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Segera setelah dilahirkan bayi, bayi diletakkan di dada atau atas perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, pengendalian suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi akan lebih cepat normal karna pengeluaran mekonium yang lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. (Prawihardjo, 2014)

g. Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 pada saat bayi berumur 2 jam. Selanjutnya hepatitis B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Di anjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau pada usia 1 bulan (KN). Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali ada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan.

h. Pemeriksaan bayi baru lahir

Pemeriksaan BBL dilakukan pada saat bayi berada di klinik (dalam 24 jam), saat kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu satu kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari. (Walyani, 2015) Adapun pemeriksaan bayi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan umum
- 2) Memeriksa pernapasan apakah merintih, hitung napas apakah 40-60 per menit, apakah terdapat retraksi dinding dada simetris.
- 3) Melihat gerakan: apakah tonus baik dan simetris.
- 4) Melihat warna kulit.
- 5) Meraba kehangatan: bila teraba dingin atau terlalu panas, lakukan pengukuran suhu.
- 6) Melihat adanya hipersalivasi dan/atau muntah.
- 7) Melihat adanya kelainan baNWAAn.
- 8) Melihat kepala: adakah bengkak atau memar
- 9) Melihat abdomen: apakah pucat atau ada perdarahan talipusat.
- 10) Memeriksa adanya pengeluaran mekonium dan air seni
- 11) Menimbang bayi
- 12) Menilai cara menyusui.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga berencana

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 mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim. (Walyani, 2015)

2. Tujuan Keluarga Berencana

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

Tujuan Khusus adalah meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran (Kementrian Kesehatan RI, 2014; 4).

3. Jenis Alat Kontrasepsi

Terdapat berbagai macam jenis kontrasepsi yang dapat diberikan kepada pasien. Dimana tenaga kesehatan dapat memberikan informasi secara lengkap, akurat dan seimbang. Semua jenis alat kontrasepsi pada umum dapat digunakan sebagai kontrasepsi pasca salin (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Pemerintah Indonesia menyediakan berbagai pilihan alat dan obat kontrasepsi (alokon) agar setiap pasangan usia subur dapat dengan mudah

dan aman memilih, memperoleh dan menggunakan alat dan obat kontrasepsi. Adapun alokon yang tersedia sebagai berikut: Kondom; Pil Kombinasi; Kontrasepsi Suntik Progestin; Implan; Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) copper T (CuT 380A); Alat dan obat kontrasepsi sesuai kebijakan pemerintah.

Selain jenis alokon yang disediakan oleh pemerintah (program), juga terdapat beberapa jenis alokon lainnya yang beredar di Indonesia, antara lain: Kontrasepsi Pil Progestin, Suntik Kombinasi, Implan I Batang, AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG), dan Lainnya

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) copper T merupakan salah satu jenis alat kontrasepsi yang ada di Indonesia. Alat ini memiliki jangka waktu pemakaian yang panjang hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel. Pemasangan AKDR copper T dapat dilakukan saat pasien memiliki siklus menstruasi teratur, klien dapat dipasang AKDR copper T kapan saja asal tidak hamil dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan. Jika klien beralih dari suntik maka klien dapat dipasang AKDR copper T saat suntik ulangan seharusnya diberikan dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan. Apabila pasien baru saja melahirkan, pemasangan dapat dilakukan kapan saja dalam 48 jam setelah melahirkan. Jika lebih dari 48 jam setelah melahirkan maka pemasangan ditunda hingga 4 minggu atau lebih setelah melahirkan.

Pada ibu menyusui ASI eksklusif atau hampir eksklusif (1) Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan: dapat dipasang kapanpun antara 4 minggu

dan 6 bulan. Jika telah menstruasi, AKDR copper T dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada wanita dengan siklus menstruasi teratur. Apabila pasien sedang mengalami keguguran, pemasangan dilakukan segera apabila dalam 12 hari setelah keguguran trimester 1 atau 2 dan tidak ada infeksi. Jika lebih dari 12 hari setelah keguguran trimester 1 atau 2 dan tidak ada infeksi. Klien yang sudah menggunakan pil kontrasepsi darurat AKDR copper T dapat dipasang dalam hari yang sama dengan klien meminum pil. Alat kontrasepsi ini dapat efektif segera setelah pemasangan. Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Metode jangka panjang hingga 10 tahun sehingga tidak perlu mengingat-ingat setiap hari seperti pada metode pil. Tingkat kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

F. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi kebidanan adalah proses pencatatan dan penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan adalah untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan dan sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya. Tujuan dilakukannya dokumentasi kebidanan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan serta sebagai dokumentasi

untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika (Handayani, 2017).

Pendokumentasian pada ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas, dan neonatus pada dasarnya sama yaitu berisi ini pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi, yang kemudian disebut dengan metode SOAP. Dalam analisa tidak hanya diagnosa, namun juga bisa berupa masalah ataupun kebutuhan tergantung hasil pengkajian data S dan O. Yang perlu digali dari data sosial tidak hanya hubungan klien dengan orang lain, akan tetapi juga digali tentang dukungan baik keluarga maupun masyarakat sekitar terhadap periode asuhan, serta bagaimana peran ibu menghadapi periode asuhannya. Penatalaksanaan disesuaikan dengan analisa yang ada (Handayani, 2017).

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu :

1. Data subjektif

Dalam dokumentasi data subjektif, langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subjektif ini akan menguatkan diagnosis yang disusun (Handayani, 2017).

Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche,

riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup) (Walyani dan Purwoastuti, 2016)

2. Data objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan pertama adalah pengkajian data, terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan ke dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Handayani, 2017).

3. Analisa (*Assesment*)

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan data objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisa data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat (Handayani, 2017)

Analisa merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini

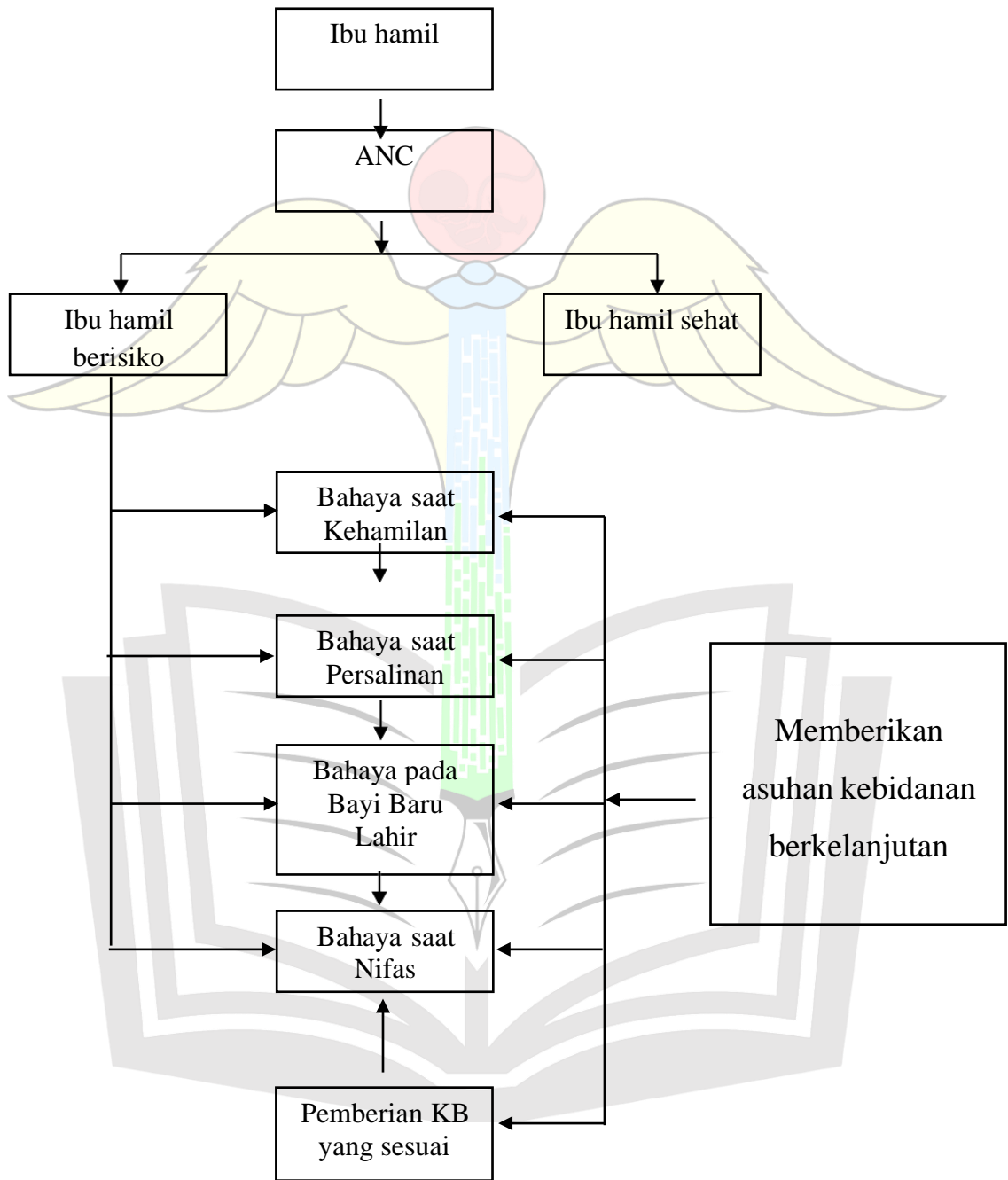
diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menuntut kewenangan bidan meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien (Handayani, 2017)

4. Penatalaksanaan

Pendokumentasian P dalam SOAP adalah pelaksanaan asuhan yang sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali tindakan yang dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisa juga berubah maka rencana asuhan maupun implementasinya kemungkinan berubah atau harus disesuaikan (Handayani, 2017).

Dalam penatalaksanaan ini juga harus mencantumkan evaluasi yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil telah tercapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

G. Kerangka Berpikir



Gambar 3. 1 Kerangka Berpikir Asuhan Kebidanan