

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi International, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender international. Jadi dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah bertemunya antara sel telur dan sel sperma didalam dan diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta dari jalan lahir (Nuryaningsih, 2017).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 69).

Hamil adalah seorang wanita mengandung sel telur yang telah dibuahi atau dihasilkan oleh sperma. Kehamilan adalah dimana janin dikandung dalam tubuh wanita yang sebelumnya diawali oleh proses pembuahan dan diakhiri oleh proses persalinan (Sarwono, 2016). Kehamilan adalah suatu proses alami yang didahului dari pertemuan ovum dan sperma yang disebut fertilisasi kemudian dilanjutkan lagi dengan nidasi dan implantasi dengan janin dapat hidup di dunia luar (Sarwono, 2016).

Dari ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses alami yang dialami oleh seorang perempuan dimana dimulai dari fertilisasi, nidasi dan implantasi.

2. Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan asuhan kehamilan yang harus diupayakan oleh bidan melalui asuhan antenatal yang efektif yaitu mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik mental sosial ibu dan bayi dengan pendidikan kesehatan, gizi, kebersihan diri, dan proses kelahiran bayi. Di dalam nya juga harus dilakukan deteksi abnormalitas atau komplikasi dan penatalaksanaan komplikasi medis, bedah, atau obstetrik selama kehamilan. Pada asuhan kebidanan juga dikembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi, membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial dan mempersiapkan rujukan apabila diperlukan (Puji, 2016).

3. Perubahan Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan

a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik yang terjadi meliputi perubahan sistem reproduksi, sistem kardiovaskuler, pencernaan, perubahan pada ginjal (Sehmawati dan Inaya, 2018). Perubahan fisik yang terlihat yaitu perut menjadi tambah besar karena mengalami perubahan peningkatan berat badan (Nurmitasari et al, 2019).

b. Perubahan Psikologis

Masa kehamilan akan terjadi berbagai perubahan pada ibu, baik secara fisiologi maupun psikologi. Perubahan tersebut sebagian besar adalah karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang dihasilkan korpus luteum yang berkembang menjadi korpus graviditas dan dilanjutkan sekresinya oleh plasenta setelah terbentuk sempurna. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak nyaman selama kehamilan dan memicu timbulnya stress yang ditandainya ibu sering murung (Rahmawati Lisa, 2017).

Pengaruh perubahan hormon yang berlangsung selama kehamilan juga berperan dalam perubahan emosi, membuat perasaan jadi tidak menentu, konsentrasi berkurang dan sering pusing. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak nyaman selama kehamilan dan memicu timbulnya stress yang ditandai ibu sering murung. Gangguan emosi baik berupa stress atau depresi yang dialami pada kehamilan akan berpengaruh pada janin, karena pada saat itu janin sedang dalam masa pembentukan, akan mengakibatkan pertumbuhan bayi terhambat (PJT) / bayi berat lahir rendah (BBLR) (Rahmawati Lisa, 2017).

Rasa ketidaknyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa irinya aneh dan jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu sangat memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Tyastuti, 2016).

Mengurangi dampak perubahan psikologi pada ibu hamil ini menurut Walyani, 2015 bisa melalui :

1). Support keluarga

Dukungan selama kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang mengalami kehamilan, terutama dari orang terdekat apalagi suami dan keluarga. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman terhadap dukungan keluarga. Lingkungan keluarga yang harmonis juga sangat berpengaruh terhadap emosi ibu hamil.

2). Peran bidan

Bidan harus memahami berbagai perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil untuk setiap trimester agar asuhan yang diberikan tepat sesuai kebutuhan ibu. Bidan harus mampu mengidentifikasi keadaan ibu, lingkungan ibu, keluarga, ekonomi, pekerjaan sehari-hari. Dukungan psikososial untuk ibu hamil akan meningkatkan kesejahteraan ibu hamil. Adapun jenis dukungan psikososial yang dapat diberikan yaitu berupa :

(a). *Emosional support* : semua yang dapat menyakinkan/menjamin kedekatan dan pengetahuan bahwa dia dicintai, diperhatikan dan diterima serta nasihat, saran yang diberikan dapat menimbulkan kepercayaan diri.

(b). *Practical support*: meliputi semua aspek bantuan yang bertujuan membentuk individu dari sebuah masalah berupa kegiatan fisik.

4. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Kehamilan

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak

hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion yang volume totalnya mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot sementara produksi monosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis pada akhir kehamilan. Ketebalannya hanya sekitar 1,5 cm bahkan kurang.

Akhir kehamilan 12 minggu uterus akan menyentuh dinding abdominal mendorong usus seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri.

Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini disebut *Braxton Hick*. Pada bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan (Sarwono, 2016).

b. Serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh dalam serviks bertambah dan arena timbulnya oedema dari serviks dan hyperplasia serviks. Pada akhir kehamilan serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (pendek setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari (Wiknjosastro, 2016).

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan diovarium. Folikel ini juga berfungsi maksimal 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai hasil pengambil progesteron dalam jumlah yang relative minimal (Wiknjosastro, 2016).

d. Vagina dan perenium

Dinding vagina mengalami nbanyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antarab 3,5-6 yag merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laknat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidophilus* (Wiknjosastro, 2016).

e. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolustrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karna hormone prolactin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesterone dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolactin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Wiknjosastro,2016).

f. System Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascularsistemik (Wiknjosastro,2016).

g. Sirkulasi Urunaria

Pada trimester kedua aliran darah ginjal meningkat dan tetap terjadi hingga usia kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerular. Perubahan dalam filtrasi glomerulus adalah penyebab peningkatan klirens kreatinin, urea dan asam urat yang sangat direabsorpsi pada awal kehamilan (Wiknjosastro, 2016).

h. Sistem Gastrointestinal

Rahim semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena ada gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone (Wiknjosastro, 2016).

i. Sistem Pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang Rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam memerlukan banyak oksigen untuk janin dan dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernafasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan persial akibat kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Wiknjosastro, 2016).

j. Sistem Hematologi

Sistem hematologic adalah perubahan dan adaptasi ibu terhadap kehamilan, adaptasi dilakukan tidak jauh berbeda dengan adaptasi pada sistem tubuh lainnya yakitu untuk menjaga fungsi fisiologis, selain itu juga untuk memenuhi kebutuhan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin (Astuti, 2017).

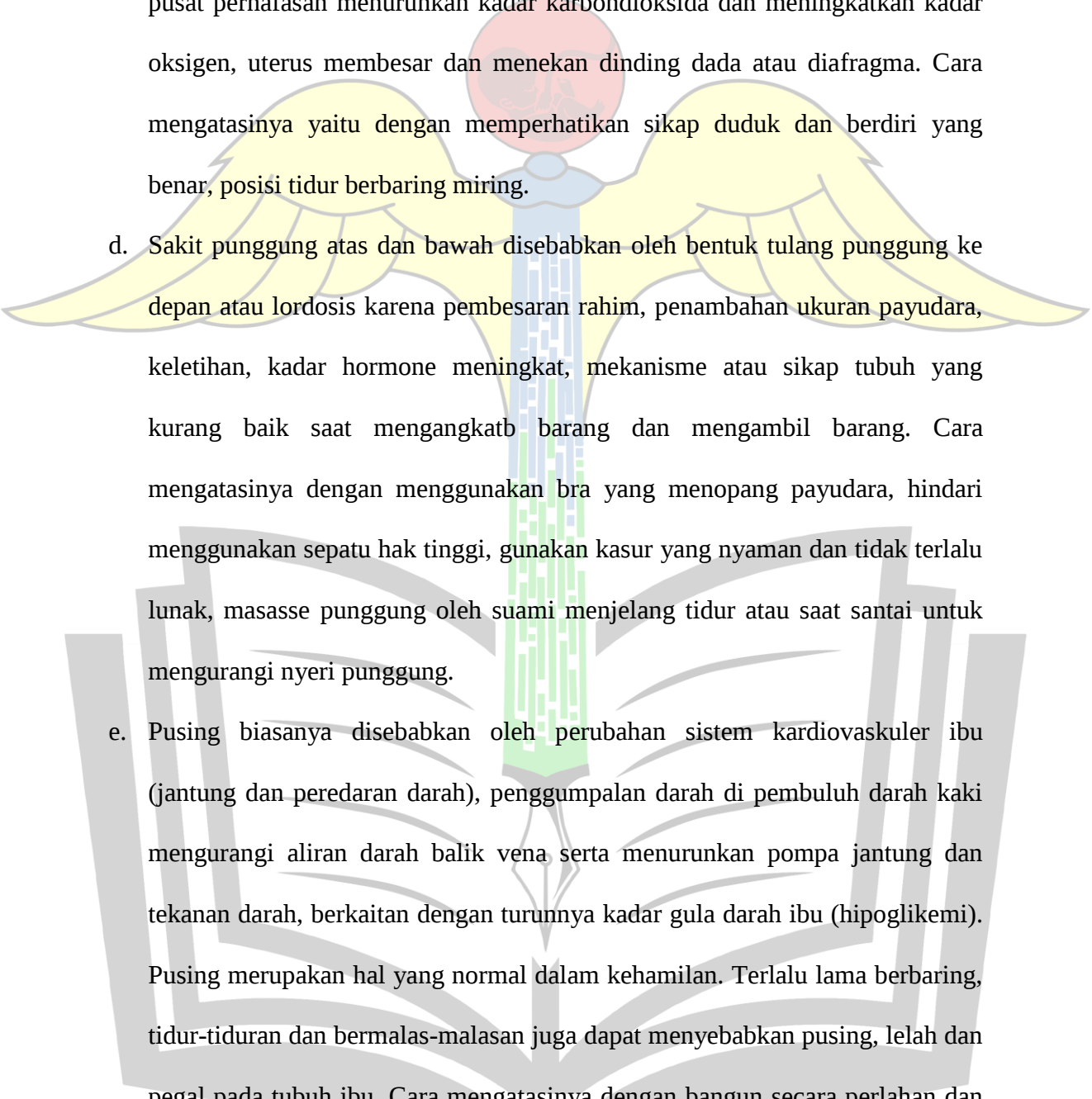
Volume darah ibu akan meningkat selama trimester pertama. Peningkatan terjadi paling cepat selama kehamilan trimester kedua, kemudian naik pada tingkat yang jauh lebih lambat selama trimester ketiga. Selanjutnya volume darah

akan stabil selama beberapa minggu terakhir kehamilan. Penyebab dari peningkatan volume darah kemungkinan karena factor hormonal. Total keseluruhan volume darah merupakan hasil dari peningkatan volume darah dan sel darah merah. Plasma menyumbang sebesar 75% ($\pm 1000\text{mL}$) dari kenaikan tersebut dan volume sel darah merah akan meningkat sebesar 33% ($\pm 450\text{mL}$) dari nilai sebelum hamil (Astuti, 2017).

5. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan Trimester III

Menurut Pratiwi dan Fatimah (2019) akibat perubahan kondisi fisik dan psikologis ibu selama hamil, timbul ketiaknyamanan yang umum terjadi dalam masa kehamilan, diantaranya :

- a. Sering buang air kecil timbul pada usia kehamilan pertama dan ketiga, penyebabnya adanya tekanan uterus pada kandung kemih, air dan natrium tertahan di kaki selama siang hari, pada malam hari terdapat aliran darah balik vena sehingga meningkatkan jumlah urin. Cara mengatasinya dengan segera berkemih jika sudah terasa ingin kencing, perbanyak minum air putih di siang hari, jangan mengonsumsi obat tanpa berkonsultasi dengan dokter.
- b. Bengkak pada kaki biasanya timbul pada trimester satu dan ketiga, penyebabnya peningkatan kadar natrium disebabkan oleh pengaruh hormonal, peningkatan sirkulasi darah pada ekstremitas bawah atau kaki. Cara mengatasinya dengan hindari posisi berbaring terlentang, hindari posisi berdiri untuk waktu yang lama, istirahat dengan berbaring kiri, sambil kaki lebih ditinggikan, lakukan senam hamil secara teratur, hindari menggunakan kaos kaki yang ketat

- 
- c. Nafas sesak atau hiperventilasi biasanya timbul pada kehamilan trimester ketiga, penyebabnya adanya peningkatan kadar progesteron menyebabkan pusat pernafasan menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen, uterus membesar dan menekan dinding dada atau diafragma. Cara mengatasinya yaitu dengan memperhatikan sikap duduk dan berdiri yang benar, posisi tidur berbaring miring.
- d. Sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung ke depan atau lordosis karena pembesaran rahim, penambahan ukuran payudara, kelelahan, kadar hormone meningkat, mekanisme atau sikap tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang. Cara mengatasinya dengan menggunakan bra yang menopang payudara, hindari menggunakan sepatu hak tinggi, gunakan kasur yang nyaman dan tidak terlalu lunak, masase punggung oleh suami menjelang tidur atau saat santai untuk mengurangi nyeri punggung.
- e. Pusing biasanya disebabkan oleh perubahan sistem kardiovaskuler ibu (jantung dan peredaran darah), penggumpalan darah di pembuluh darah kaki mengurangi aliran darah balik vena serta menurunkan pompa jantung dan tekanan darah, berkaitan dengan turunnya kadar gula darah ibu (hipoglikemi). Pusing merupakan hal yang normal dalam kehamilan. Terlalu lama berbaring, tidur-tiduran dan bermalas-malasan juga dapat menyebabkan pusing, lelah dan pegal pada tubuh ibu. Cara mengatasinya dengan bangun secara perlahan dan miring dahulu dari posisi tidur ke posisi duduk, hindari berdiri terlalu lama

dalam lingkungan yang hangat atau sesak, hindari berbaring dalam posisi terlentang.

6. Asuhan *Antenatal Care*

a. Pengertian Asuhan *Antenatal Care*

Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 78).

b. Tujuan Asuhan *Antenatal Care*

- 1). Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2). Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu juga bayi.
- 3). Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- 4). Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5). Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6). Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Jadwal Pemeriksaan *Antenatal Care*

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015; 84), jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

2) Pemeriksaan ulang

a) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan.

b) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan.

c) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

3). Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015; 79) frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut :

a) 1 kali pada trimester pertama (K 1).

b) 1 kali pada trimester kedua

c) 2 kali pada trimester ketiga (K4)

d. Jadwal Pemeriksaan *Antenatal Care*

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015; 80) pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7 T, dan sekarang menjadi 12 T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14 T, yakni:

1). Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk

mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg.

2). Tekanan darah

Di ukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80-120/80 mmHg.

3). Pengukuran tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uterus dapat dilakukan dengan cara palpasi uterus, dimana uterus sudah bisa di palpasi sekitar usia 12 minggu. Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nomor pada tepi atas *sympisis* dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.1 Tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan

No.	Tinggi fundus uteri cm)	Umur kehamilan dalam minggu
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, (2015; 80).

4). Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

Kebutuhan zat besi 15 mg/hr (untuk orang dewasa), 30 mg/hr (untuk ibu hamil dan menyusui).

5). Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

Tabel 2.2 Jadwal imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% perlindungan	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, (2015; 81).

6). Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

7). Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi.

8). Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan *Veneral disease Research Laboratory* (VDRL) untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*.

9). Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

10). Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, yang ditunjukan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu. Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam). Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar. Mempersiapkan ibu dalam laktasi. Perawatan payudara dilakukan dua kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan enam bulan.

11). Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

12). Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk ibu hamil di daerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

13). Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kreatin yang ditandai dengan gangguan fungsi mental, gangguan fungsi pendengaran, gangguan pertumbuhan dan gangguan kadar hormon yang rendah.

14). Temu wicara/konseling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi.

7. Tanda Bahaya atau Komplikasi pada Kehamilan

Menurut Walyani (2015) tanda-tanda bahaya pada kehamilan sebagai berikut.

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan,

perdarahan ringan mungkin pertanda servik yang rapuh (*erosi*). Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti *plasenta previa*, *solusio plasenta*, dan *ruptur uteri*.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan masalah adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia. Deteksi dini dengan anamnesis pada ibu yang mengalami oedema pada muka, tangan dan masalah visual.

c. Penglihatan kabur

Karena pengaruh pembengkakan pupil, vasospasme dan oedema retina, ketajaman penglihatan ibu hamil dapat mengalami perubahan. Perubahan minor adalah normal. Deteksi dini seperti pemeriksaan tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.

d. Bengkak pada wajah atau tangan

Bengkak di wajah atau tangan akan menjadi masalah apabila tidak hilang setelah istirahat disertai keluhan lainnya. Ini merupakan tanda anemia, gagal jantung, pre-eklampsia dan penimbunan cairan.

e. Nyeri abdomen

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

Hal ini bisa berarti kehamilan ektopik, penyakit radang panggul, persalinan preterm, infeksi saluran kemih dan infeksi lainnya.

f. Gerakan janin tidak terasa

Pergerakan janin dimulai pada usia kehamilan 20-24 minggu, dan sebagai ibu merasakan pergerakan janin lebih awal. Gerakan janin akan lebih terasa sewaktu ibu berbaring, setelah ibu makan dan minum. Tanda dan gejala yaitu gerakan kurang dari tiga kali dalam periode tiga jam. Penilaian : pastikan ke ibu kapan pergerakan mulai tidak dirasakan, raba gerakan janin, dengarkan DJJ dan Ultrasonografi (USG).

8. Deteksi Dini Resiko Kehamilan Trimester III Dengan Skor Poedji Rochjati

a. Pengertian Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah alat skrining berbentuk kartu yang berbasis keluarga untuk menemukan nilai risiko ibu hamil, agar dilakukan upaya berkelanjutan menghindari dan mencegah kemungkinan komplikasi obstetrik saat persalinan (Akbar et al., 2021; Zainiyah et al., 2020). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu.

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Poedji Rochjati, 2003)

b. Tujuan Kartu Skor Poedji Rochjati

Menurut Astuti (2018) tujuan dari kartu skor poedji yaitu :

1). Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.

2). Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c. Fungsi Kartu Skor Poedji Rochjati

Adapun fungsi kartu skor poedji rochjati adalah alat deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil, dan alat pemantauan serta pengendalian kondisi ibu selama kehamilan. Sebagai pedoman pemberian penyuluhan dan validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB. Ditemukannya ibu hamil berisiko melalui kspk secara dini, tenaga kesehatan dan keluarga dapat merencanakan persalinan dan aman yang sesuai dengan kondisi kehamilan demi keselamatan ibu dan janin di kandungannya (Antono & Rahayu, 2014; Yanti et al., 2022).

d. Cara Pemberian Skor Kartu Skor Poedji Rochjati

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal.

Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

Tabel 2.3 Skor Kehamilan Beresiko

Kelompok Faktor Resiko	No.	Masalah atau Faktor Resiko	SKOR
1	2	3	4
I		Skor Awal Ibu Hamil	2
	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 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 / lebih	4
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4
	8	Abortus	4
	9	Pernah melahirkan dengan : Vakum dan forcep	4
	10	Pernah Operasi Sesar	8
	11	Penyakit pada Ibu Hamil : a. Anemia b. Malaria c. TBC paru d. Payah jantung e. Kencing manis (Diabetes) f. Penyakit menular seksual	4
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan	4

		darah tinggi	
II	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4
	15	Bayi mati dalam kandungan	4
	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak sungsang	8
1	2	3	4
	18	Letak lintang	8
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
III	20	Preeklampsia berat / Eklampsia	8

Sumber : Poedji Rochjati (2010)

e. Penatalaksanaan Sesuai Kelompok Resiko :

- 1) Jumlah skor 2, termasuk kelompok kehamilan resiko rendah (KRR), pemeriksaan kehamilan bisa dilakukan bidan, tidak perlu dirujuk, tempat persalinan bisa di polindes dan penolong persalinan bisa bidan.
- 2) Jumlah skor 6-10, termasuk kelompok kehamilan resiko tinggi (KRT), pemeriksaan kehamilan dilakukan bidan atau dokter, rujukan ke bidan dan puskesmas serta penolong persalinan bidan atau dokter.
- 3) Jumlah skor lebih dari 12, termasuk kelompok kehamilan resiko sangat tinggi (KRST), pemeriksaan kehamilan harus oleh dokter, rujukan ke rumah sakit dan penolong persalinan harus dokter.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya. dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana, 2018).

Persalinan adalah pengeluaran janin dari dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada usia kehamilan 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Jannah, 2015).

Jadi persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (antara 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

2. Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, fokus utamanya adalah mencegah

terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Fiandara, 2016).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2016; 335).

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2016; 19) yang mempengaruhi proses persalinan yaitu:

a. *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah : his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat: kontraksi simetris, fundus dominant, kemudian diikuti relaksasi.

2) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi.

b. *Passage* (jalan lahir)

Passage adalah faktor jalan lahir yang dibagi atas bagian keras : tulang-tulang panggul dan bagian lunak yaitu otot-otot, jaringan- jaringan dan ligament-ligament.

c. *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah dan posisi janin.

d. *Psycology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang- orang terdekat

akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyari non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 25).

e. *Psycian* (Penolong)

Penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial. Pada sebagian besar kasus, penanganan yang terbaik dapat berupa “observasi yang cermat”. Dalam menghadapi persalinan seorang calon ibu dapat mempercayakan dirinya pada bidan, dokter umum, dokter spesialis obstetric dan ginekologi, bahkan melakukan pengawasan hamil 12-14 kali sampai pada persalinan. Pertemuan konsultasi dan menyampaikan keluhan, menciptakan hubungan saling mengenal antar calon ibu dengan bidan atau dokter yang akan menolongnya. Kedatangannya sudah mencerminkan adanya “informed consent” artinya telah menerima informasi dan dapat menyetujui bahwa bidan atau dokter itulah yang akan menolong persalinannya. Pembinaan hubungan antara penolong dan ibu saling mendukung dengan penuh kesabaran sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar. Kala I, perlu dijelaskan dengan baik bahwa persalinan akan

berjalan aman, oleh karena kepala masuk pintu atas panggul, bahkan pembukaan telah maju dengan baik. Keberadaan bidan atau dokter sangat penting untuk memberikan semangat sehingga persalinan dapat berjalan baik. Untuk menambah kepercayaan ibu, sebaiknya setiap kemajuan diterangkan sehingga semangat dan kemampuannya untuk mengkoordinasikan kekuatan persalinan dapat dilakukan. Pemindahan penderita keruangan dimana anaknya telah menunggu, masih merupakan tanggung jawab bidan atau dokter paling sedikit selama 2 jam pertama (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 25).

5. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2016; 7) ada empat tanda-tanda persalinan, yaitu :

a. His persalinan

Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifatnya nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat dan mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks.

b. *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis servikalis* keluar serta disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

c. Keluarnya air ketuban

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama Sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang- layang dalam cairan amnion. Ketuban mulai pecah sewaktu – waktu sampai saat persalinan. Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus dikeluarkan. Jika ibu hamil merasakan ada cairan yang merembes keluar dari vagina dan keluar tanpa bisa di tahan lagi, tanpa dirasakan mulas atau sakit, merupakan ketuban pecah dini, yakni ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan.

Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi, kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian, persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

d. Pembukaan *seviks*

Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda – beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapan untuk persalinan.

6. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Menurut Sarwono (2016; 100) kala I persalinan dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi dalam 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten

Fase laten dalam persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan *servik* secara bertahap, pembukaan *servik* kurang dari empat cm, biasanya berlangsung hingga dibawah delapan jam.

2) Fase aktif

Fase aktif dalam persalinan frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari empat cm ke sepuluh cm, biasanya dengan kecepatan satu cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm) terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi tiga subfase, yaitu:

- a) Fase akselerasi : dalam waktu dua jam pembukaan tiga cm menjadi empat cm.
- b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu dua jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari empat cm menjadi sembilan cm.
- c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu dua jam pembukaan dari sembilan cm menjadi lengkap.

b. Kala II

Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang sering terjadi pada persalinan kala II adalah his menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul dan lahirnya fetus.

Persalinan kala II ditandai dengan ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rektum, perineum menonjol, vulva vagina dan spinter ani membuka serta terjadi peningkatan pengeluaran lendir darah (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 15).

c. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Biasanya ini terjadi antara 5-30 menit dan terjadi pengeluaran darah sekitar 100-200cc. (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 15).

d. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai sejak plasenta lahir sampai dua jam setelah plasenta lahir. Tahap ini digunakan untuk mengawasi bahaya pendarahan yang dilakukan oleh bidan. Dalam kala IV ini petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keadaannya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 15). Dalam asuhan kebidanan pada persalinan kala IV hal-hal yang perlu dievaluasi adalah :

1) Evaluasi Fundus

Evaluasi fundus dimulai sejak plasenta lahir. Tanda-tanda bahwa kontraksi uterus dalam keadaan baik adalah konsistensi keras, bila konsistensi lunak harus dilakukan masase uterus. Dan memastikan fundus setinggi atau di bawah umbilicus.

2) Pemeriksaan plasenta dan laserasi

Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan. Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Tetapi mungkin saja pada beberapa keadaan tidak ada perdarahan dengan sisa plasenta.

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan, yaitu:

- a) Derajat satu : *mukosa vagina, komisura posterior* sampai kulit perineum.
- b) Derajat dua : *mukosa vagina, komisura posterior*, kulit perineum dan otot perineum.
- c) Derajat tiga : *mukosa vagina, komisura posterior*, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani.
- d) Derajat empat : *mukosa vagina, komisura posterior*, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani dan dinding depan rektum.

3) Penjahitan laserasi perineum/episiotomy

Penjahitan laserasi perineum dilakukan segera setelah penilaian dan inspeksi plasenta. Pengecekan kontraksi uterus kembali sebelum melakukan

penjahitan harus dilakukan untuk memastikan bahwa tidak terjadi atonia uteri yang harus membutuhkan kompresi bimanual interna.

4) Pemantauan selama kala IV

Karena terjadi perubahan fisiologi, maka pemantauan dan penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis adalah:

- a) Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban setelah kelahiran plasenta
- b) Memperhatikan jumlah darah yang keluar
- c) Pemeriksaan perineum

Evaluasi dilakukan pada ibu meliputi Lokhea dan besarnya robekan. Bila robekan perineum melebihi perobekan perineum tingkat satu harus dijahit. (Walyani dan Purwoastuti, 2016; 103).

7. Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut Sarwono, (2016; 341) terdapat 60 langkah asuhan persalinan normal, yaitu :

- a. Melihat tanda dan gejala persalinan kala II
 - 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva vagina dan spingter ani membuka

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5) Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

c. Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT.

8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian

melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).

d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.

f. Menolong kelahiran bayi Lahirnya kepala

18) Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm, lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan- lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f) Menganjurkan asupan cairan peroral.

g) Menilai DJJ setiap lima menit.

h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu dua jam meneran untuk ibu primipara atau satu jam untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

i) Mengajukan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman.

j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

e. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.

16) Membuka partus set.

17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

g. Penanganan bayi baru lahir

25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin per intramuskular

27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira tiga cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua dua cm dari klem pertama.

28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.

29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaki.

h. Manajemen aktif kala III Oksitosin

31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya janin kedua.

32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di *gluteus* atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

34) Penegangan tali pusat terkendali. Memindahkan klem pada tali pusat

35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya

inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya mulai.

i. Mengeluarkan plasenta

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

(1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM

(2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan servik ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan

atau klem atau forcep DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

j. Pemijatan uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)

k. Menilai perdarahan

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

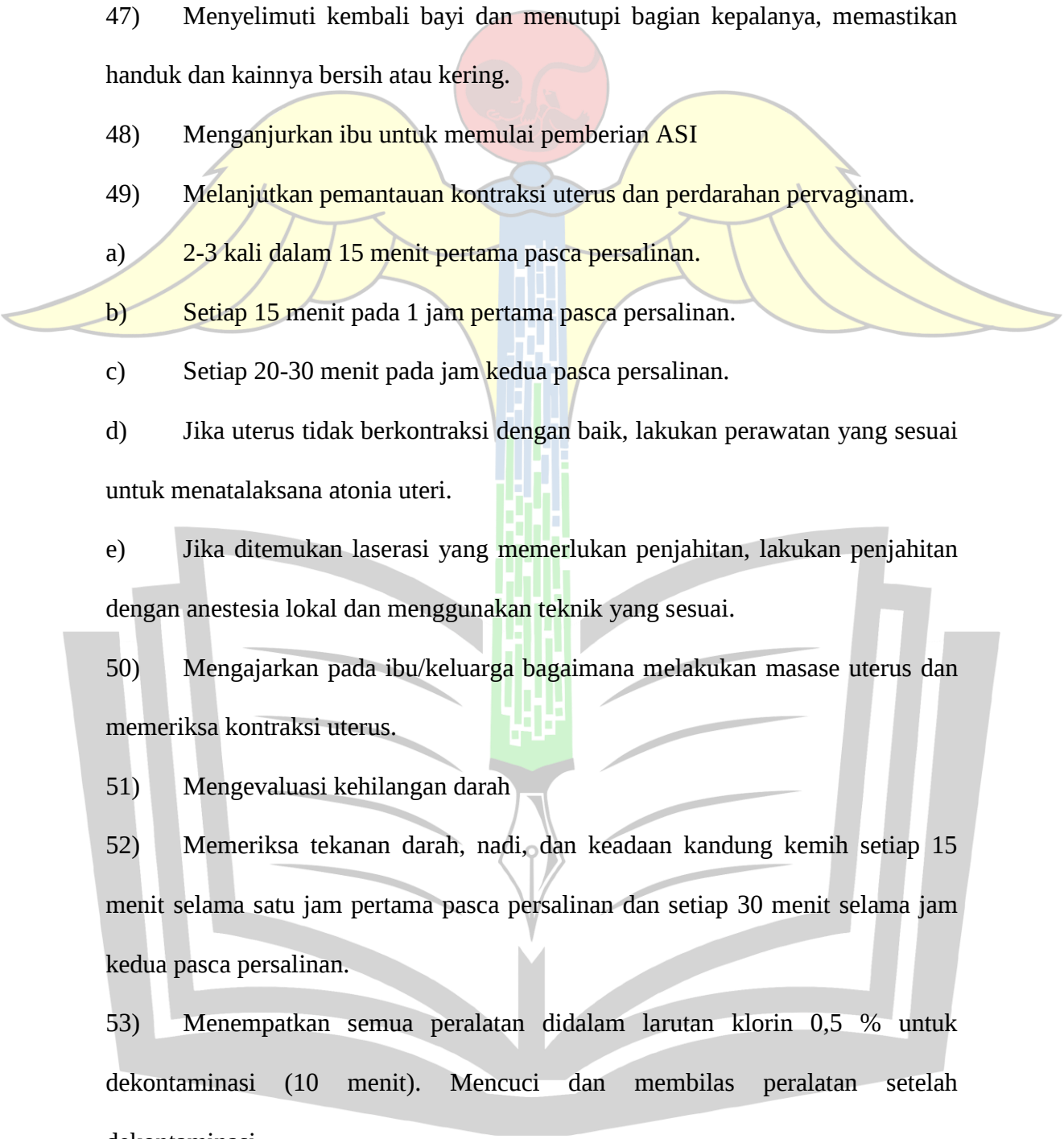
l. Melakukan prosedur pasca persalinan

42) Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.

43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %; membilas kedua tangan yang masih bersarung tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain bersih dan kering.

44) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.

- 
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan handuk dan kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 53) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu memberikan ASI. menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan ibu minuman atau makanan yang diinginkan

57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

C. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian nifas

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimulai sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan

pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi dan nutrisi bagi ibu (Sarwono, 2016; 356).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2018).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Adapun tujuan dari asuhan masa nifas menurut Sujiyatini dkk (2015) adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015; 2) nifas dibagi dalam tiga periode yaitu:

- a. *Pueperium* 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.

4. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan nifas paling sedikit dilakukan selama 4 kali selama masa nifas, dimana disini memperhatikan kondisi ibu dan kebutuhan ibu selama masa nifas. Bidan sebagai tenaga kesehatan memberikan pelayanan sesuai standard dan sesuai dengan kondisi ibu serta perkembangan selama masa nifas (Aisyaroh, N. 2021):

a. Kunjungan nifas pertama (6-48 jam), tujuan :

- 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 anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 4). Pemberian ASI awal
- 5). Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir
- 6). Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermi

7). Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

b. Kunjungan nifas kedua (6 hari setelah persalinan), tujuan :

1). Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau

2). Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal

3). Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

4). Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

5). Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan nifas ketiga (2 minggu setelah persalinan), tujuan :

1). Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau

2). Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal

3). Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

4). Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

5). Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

d. Kunjungan nifas keempat (6 minggu setelah persalinan), tujuan :

- 1). Menanyakan pada ibu kesulitan- kesulitan yang ia atau bayinya alami
- 2). Memberikan konseling KB secara dini

5. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Menurut Walyani dan Purwoastuti, (2015; 79) fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a. Fase *taking in*

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

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 sehingga mudah tersinggung.

c. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan perawatan diri dan bayinya.

6. Perubahan fisiologis masa nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) perubahan fisiologis masa nifas yaitu :

a. Pengerutan rahim (*involuti*)

Involuti merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar menjadi neurotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya (tinggi fundus uteri).

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uterus setinggi pusat dengan berat 1000 gram
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat
- 3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- 4) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba dia atas simpisis dengan berat 350 gram
- 5) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.

b. *Lokhea*

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lokhea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lokhea* mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 66).

Lokhea dibedakan menjadi tiga jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

1) *Lokhea rubra*

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari keempat post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium

2) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) *Lokhea alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

c. Perubahan pada serviks

Servik mengalami involusi bersama- sama dengan uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *servik* menutup. (Walyani dan Purwoastuti, 2015;66).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap kendur. Setelah tiga minggu, vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur- angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 66).

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 66).

f. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya, ibu menjadi mudah lapar setelah persalinan. Biasanya terjadi pada 1-2 jam *post primodial* dan dapat ditoleransi dengan diet ringan. Untuk pemulihan nafsu makan, perlu sekitar 3-4 hari hingga normal. Dan pada masa ini, buang air besar spontan tertunda hingga 2 sampai 3 hari setelah melahirkan.

g. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

h. Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh- pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini terjadi pada minggu ke-6 hingga minggu ke-8 setelah melahirkan. Sendi-sendi kembali normal meskipun kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan.

i. Perubahan sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon *pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hypotalamik pituitary ovarium*

Lamanya wanita seorang mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4) Kadar estrogen

j. Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, volume darah relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme

kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, terjadi pada 3-5 hari post partum.

k. Perubahan sistem hematologi

Pada hari pertama post partum, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetapi dalam beberapa hari post partum.

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkatkan dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

7. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015; 103) kebutuhan dasar yang diperlukan ibu nifas adalah sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemilihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu ibu.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum

diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk, kemudian berjalan.

c. Eliminasi

1) Miksi

Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga berikan obat rangsangan per oral/per rektal atau lakukan klisma bilamana perlu.

d. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan.

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

f. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian, hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut.

g. Latihan/senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari ke sepuluh.

8. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Menurut Nugroho, dkk (2014; 234) tanda bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas yaitu :

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Infeksi masa nifas
- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
- d. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas

- e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit
- f. Kehilangan nafsu makan
- g. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan dikaki
- h. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.

9. Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas menurut Sujiyatini dkk, (2015) adalah:

- a. Teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas.

Pada awal masa nifas, ibu mengalami masa-masa sulit. Saat itulah, ibu sangat membutuhkan teman dekat yang dapat ia andalkan dalam mengatasi kesulitan yang ia alami.

- b. Pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga

Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Dalam hal ini, tidak hanya ibu yang akan mendapatkan materi pendidikan kesehatan, tapi juga seluruh keluarga.

c. Pelaksana asuhan kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas. Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut kemampuannya dalam menerapkan teori yang telah didapatnya kepada pasien. Perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling up to date harus selalu diikuti agar bidan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien.

D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Cunningham, 2014).

Bayi baru lahir atau neonatus adalah periode adaptasi terhadap kehidupan diluar rahim. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

2. Penanganan Segera Bayi Baru Lahir

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015; 118) 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 basah 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 *vernix*, 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. Member 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. (Sarwono, 2016;369).

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 dan Purwoastuti, 2016; 143)

Adapun pemeriksaan bayi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan umum
 - a) Memeriksa pernapasan apakah merintih, hitung napas apakah 40-60 per menit, apakah terdapat retraksi dinding dada simetris.
 - b) Melihat gerakan: apakah tonus baik dan simetris.
 - c) Melihat warna kulit.
 - d) Meraba kehangatan: bila teraba dingin atau terlalu panas, lakukan pengukuran suhu.
 - e) Melihat adanya hipersalivasi dan/atau muntah.
 - f) Melihat adanya kelainan bawaan.
 - g) Melihat kepala: adakah bengkak atau memar
 - h) Melihat abdomen: apakah pucat atau ada perdarahan tali pusat.
 - i) Memeriksa adanya pengeluaran mekonium dan air seni
 - j) Menimbang bayi
 - k) Menilai cara menyusui.

3. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Adalah periode adaptasi terhadap kehidupan keluar rahim Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem

tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa. Setelah dijelaskan tentang adaptasi bayi baru lahir, selanjutnya marilah belajar tentang periode transisi. (Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah, 2016) Perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh bayi baru lahir adalah (Midwifery, 2017) :

a) Sistem respirasi

Terjadinya pernapasan pertama pada bayi baru lahir disebabkan oleh dua faktor, yaitu terjadinya hipoksia pada akhir persalinan sehingga rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan aktif, tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru-paru secara mekanis. Upaya pernapasan pertama ini bertujuan untuk mengeluarkan cairan pada paru-paru dan mengembangkan alveolus paru-paru. Pada periode pertama reaktivitas akan terjadi pernapasan cepat (mencapai 40-60 kali/menit).

b) Kardiovaskular

Setelah lahir, bayi akan menggunakan paru untuk mengambil oksigen. Untuk membuat sirkulasi yang baik terdapat dua perubahan adalah sebagai berikut:(Rohani, 2014).

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

3). Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

c) Termoregulasi dan Metabolik

Timbunan lemak pada tubuh bayi mampu meningkatkan panas sampai 100%. Dengan penjepitan tali pusat saat lahir, bayi harus mulai mampu mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada bayi baru lahir, glukosa akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam). Koreksi penurunan kadar gula darah dalam tubuh dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu penggunaan ASI, melalui cadangan glikogen dan melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (Midwifery, 2017).

d) Sistem Gastrointestinal

Perkembangan otot dan refleks dalam menghantarkan makanan telah aktif saat bayi lahir. Pengeluaran mekonium disekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal. Beberapa bayi baru lahir dapat menyusu segera bila diletakkan pada payudara dan sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif (Midwifery, 2017). Kemampuan BBL cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Kapasitas lambung juga masih terbatas, kurang dari 30 cc (Rohani, 2014)

e) Sistem Ginjal

Sebagian besar BBL berkemih setelah 24 jam pertama dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu bayi berkemih 5-20 kali dalam 24 jam (Sondakh,

2013). Beban kerja ginjal dimulai saat bayi lahir hingga masukan cairan meningkat, mungkin urine akan tampak keruh termasuk berwarna merah muda. Hal ini disebabkan oleh kadar ureum yang tidak banyak berarti. Intake cairan sangat mempengaruhi adaptasi pada sistem ginjal. Oleh karena itu, pemberian ASI sesering mungkin dapat membantu proses tersebut. (Rohani, 2014).

f) Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol kadar bilirubin tak terkonjugasi, pigmen berasal dari Hb dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Saat bayi lahir enzim hati belum aktif total sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis. Bilirubin tak terkonjugasi dapat mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus. Asam lemak berlebihan dapat menggeser bilirubin dari tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berikatan mengakibatkan peningkatan resiko kern-ikterus bahkan kadar bilirubin serum 10 mg/dL (Midwifery, 2017).

g) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot sudah dalam keadaan lengkap saat lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertropi. Tumpang tindih (moulage) dapat terjadi pada waktu lahir karena pembungkus tengkorak belum seluruhnya mengalami asifikasi. Kepala bayi cukup bulan berukuran $\frac{1}{4}$ panjang tubuhnya. Lengan lebih sedikit panjang dari tungkai (Midwifery, 2017).

h) Imunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sum sum tulang dan lamina propia ilium dan apendiks. Placenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bbl hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui placenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi dapat melalui placenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dll) reaksi imunologi dapat terjadi dengan pemebentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M. (midwifery care, 2017)

i) Sistem Saraf

Ada beberapa refleks yang terdapat pada BBL menandakan adanya kerjasamaantara sistem saraf dan sistem muskuloskeletal. Beberapa refleks tersebut adalah: (Midwifery, 2017).

1) Refleks moro

Pada refleks ini dimana bayi mengembangkan tangannya lebar-lebar dan melebarkan jari-jarinya, lalu membalikkan tangannya cepat seakan-akan memeluk seseorang. Kaki juga mengikuti gerakan serupa. Refleks ini biasanyaakan hilang 3-4 bulan.

2) Refleks rooting

Refleks ini timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Refleksrooting akan berkaitan dengan refleks menghisap. Refleks ini dapat dilihat pada pipi atau sudut mulut bila disentuh dengan pelan, maka bayi akan spontan

melihat ke arah sentuhan, mulutnya akan terbuka dan mulai menghisap. Refleksi ini biasanya akan menghilang saat berusia 7 bulan.

3) Refleksi sucking

Refleksi ini berkaitan dengan refleksi rooting untuk menghisap dan menelan ASI.

4) Refleksi batuk dan bersin

Refleksi ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernapasan.

5) Refleksi grasp

Refleksi ini timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup tangannya. Pada refleksi ini bayi akan menggenggam jari dan biasanya akan hilang pada 3-4 bulan.

6) Refleksi babinsky

Refleksi ini muncul jika ada rangsangan pada telapak kaki. Ibu jari akan bergerak ke atas dan jari-jari membuka dan biasanya menghilang setelah 1 tahun.

4. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Menurut Sarwono, (2016; 136) tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

a. Dua jam pertama setelah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai.
- 3) Bayi kemerahan atau biru

b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti :

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.
- 2) Gangguan pernapasan.
- 3) Hipotermia.
- 4) Infeksi.
- 5) Cacat bawaan dan trauma lahir.

Yang perlu di pantau pada bayi baru lahir adalah suhu badan dan lingkungan, tanda-tanda vital, berat badan, mandi dan perawatan kulit, pakaian dan perawatan tali pusat.

5. Evaluasi Nilai Apgar

Nilai apgar bukan hanya dipakai untuk menentukan kapan kita memulai tindakan tetapi lebih banyak kaitannya dalam memantau kondisi bayi dari waktu ke waktu. Nilai apgar menit pertama untuk menentukan diagnosa (asfiksia/tidak).

Tabel 2.4 Cara penilaian APGAR pada BBL

Tampilan		0	1	2
A	<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas kebiruan	Seluruh tubuh kemerahan
P	<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
G	<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Menyeringai	Bersin/atuk
A	<i>Activity</i> (kontraksi otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R	<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat
Jumlah nilai APGAR				

Sumber : Walyani dan Purwoastuti, (2015; 142)

6. Tanda – Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Merujuk bayi ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas rujukan apabila bayi:

- Tidak dapat menyusu.
- Kejang.
- Mengantuk atau tidak sadar.
- Napas cepat (>60 per menit).
- Merintih.
- Retraksi dinding dada bawah.
- Sianosis sentral.

E. Konsep Dasar 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 dan Purwoastuti, 2015; 182)

2. Tujuan program KB

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 – jenis alat kontrasepsi

Terdapat berbagai macam jenis kontrasepsi yang dapat diberikan kepada calon akseptor. Dimana tenaga kesehatan dapat memberikan informasi secara lengkap, akurat dan seimbang. Semua jenis alat kontrasepsi pada umum dapat digunakan sebagai kontrasepsi pasca salin (Kementrian Kesehatan RI, 2014; 13).

a. Kondom

Merupakan jenis kontrasepsi penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina. Kondom pria dapat terbuat dari bahan latex (karet), polyurethane (plastik), sedangkan kondom wanita terbuat dari polyurethane. Pasangan yang mempunyai alergi terhadap latex dapat menggunakan kondom yang terbuat dari polyurethane. Efektifitas kondom pria antara 85-98 persen sedangkan efektifitas kondom wanita antara 79-95 persen harap diperhatikan bahwa kondom pria dan wanita sebaiknya jangan digunakan secara bersamaan. (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 205).

b. Kontrasepsi oral (pil)

Kontrasepsi oral ini efektif dan reversibel, harus diminum setiap hari. Pada bulan pertama pemakaian, efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping yang serius sangat jarang terjadi. Dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum. Dapat dimulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil dan tidak dianjurkan pada ibu menyusui serta kontrasepsi ini dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Purwoastuti, 2014).

c. Suntik/injeksi

Kontrasepsi ini sangat efektif dan aman digunakan karena dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Pemakaian kontrasepsi ini menyebabkan kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata empat bulan namun

kontrasepsi ini cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Purwoastuti,2014).

d. Implan

Implan nyaman untuk digunakan dan memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan. Efektif lima tahun untuk norplant dan tiga tahun untuk jadena, indoplant atau implanon. Dapat digunakan oleh semua perempuan di usia reproduksi. Kontrasepsi ini membuat kesuburan cepat kembali setelah implan dicabut. Efek samping utama dari kontrasepsi ini adalah perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan *amenore*. Kontrasepsi ini aman dipakai pada masa laktasi (Purwoastuti,2014).

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang di dalamnya terdapat hormon progestogen, implan ini kemudian di masukkan kedalam kulit di bagian lengan atas. Hormon tersebut akan di lepaskan secara perlahan dan implan ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. Sama seperti pada kontrasepsi suntik, maka di sarankan penggunaan kondom untuk mindu pertama sejak pemasangan implan kontrasepsi tersebut (Purwoastuti,2014:203).

e. *Intra Uterine Devices* (IUD/AKDR)

Intra Uterine Devices merupakan alat kecil berbentuk seperti huruf T yang lentur dan diletakkan didalam rahim untuk mencegah kehamilan, efek kontrasepsi didapatkan dari lilitan tembaga yang ada dibadan IUD. IUD merupakan salah satu kontrasepsi yang paling banyak digunakan didunia. Efektifitas IUD sangat tinggi sekitar 99,2-99,9 persen, tetapi IUD tidak memberikan perlindungan bagi

penularan penyakit menular seksual (PMS). Saat ini, sudah ada modifikasi lain dari IUD yang disebut dengan IUS (*intra uterine system*), bila pada IUD efek kontrasepsi berasal dari lilitan tembaga dan dapat efektif selama 10 tahun maka pada IUS efek kontrasepsi didapat melalui pelepasan hormon progestogen dan efektif selama 5 tahun. Baik IUD dan IUS mempunyai benang plastic yang menempel pada bagian bawah alat, benang tersebut dapat teraba oleh jari didalam vagina tetapi tidak terlihat dari luar vagina. Disarankan untuk memeriksa keberadaan benang tersebut setiap habis menstruasi supaya posisi IUD dapat diketahui. Untuk IUD pasca salin dapat digunakan 10 menit – 48 jam setelah plasenta lahir atau 4 minggu – 6 minggu setelah melahirkan (Kementrian Kesehatan RI, 2014; 17).

f. Metode operasi wanita (MOW/Tubektomi)

Tubektomi pada wanita ialah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Kontrasepsi ini hanya digunakan untuk jangka panjang, walau kadang-kadang masih dapat dipulihkan kembali seperti semula (Sulityawati, 2013; 113).

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metoda Oprasi Wanita) atau tubektomi, yaitu tidakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat di buahi oleh sperma. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metoda Operasi Pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buar zakar. (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 205)

g. Metode operasi pria (MOP/vasektomi)

Vasektomi merupakan suatu operasi kecil dan dapat dilakukan oleh seseorang yang telah mendapat latihan khusus. Selain itu vasektomi tidak memerlukan alat yang banyak, dapat dilakukan secara poliklinis, dan pada umumnya dilakukan dengan mempergunakan anastesi lokal (Sarwono, 2016; 461).

F. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang di miliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) (Kemenkes RI, 2017).

Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri. Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan

pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan (Kemenkes RI, 2017).

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

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

1. Data subjektif

Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney 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.

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; 169).

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney 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 (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

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. Analis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

Analisa merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney 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.

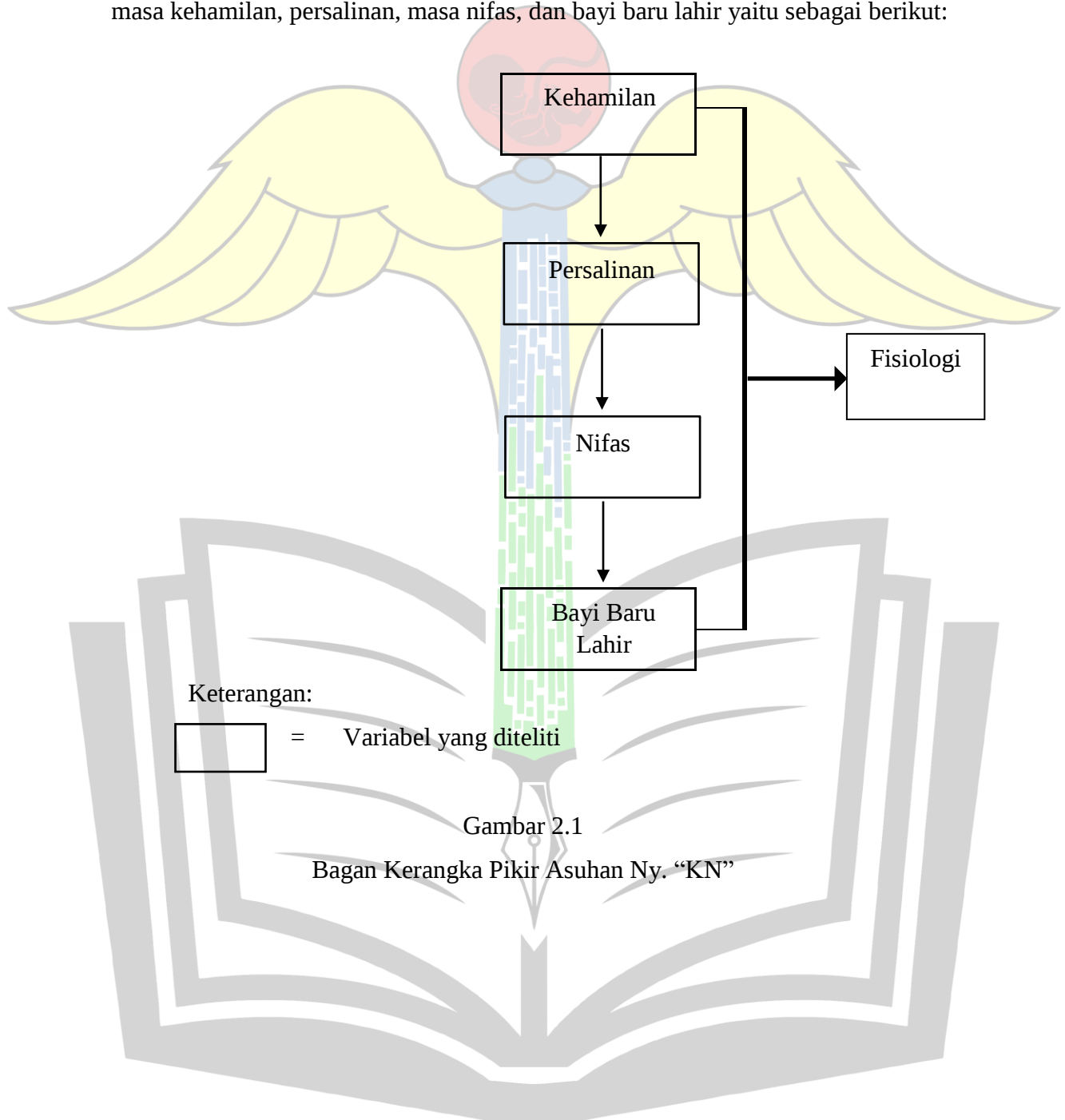
4. Penatalaksanaan

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.

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 Pikir

Kerangka pikir asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. “KN” selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.1

Bagan Kerangka Pikir Asuhan Ny. “KN”