

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Sarwono, masa kehamilan dimulai dari *konsepsi* sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Yulianingtyas, 2014).

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

Kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang *survive* dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sudah sedikit itu, hanya satu sperma saja yang bisa membuahi sel telur (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

2. Memantau Tumbuh Kembang Janin

Tabel 2.1 Memantau Tumbuh Kembang Janin

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjukpenunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (\pm 2 cm)	Ditengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (\pm 2 cm)	Pada proseusus sifoide

Sumber : Ade Setiabudi, 2016

3. Pemeriksaan Diagnosa Kebidanan

Menurut Sulistyawati, (2011) pada jurnal Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (2019) pemeriksaan diagnosa untuk menentukan kehamilan dapat dilakukan dengan hal-hal berikut ini :

a. Tes HCG (tes urine kehamilan)

Dilakukan segera mungkin begitu diketahui ada *amenorea* (satu minggu setelah *koitus*). Urin yang digunakan saat tes diupayakan urin pagi hari.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

c. Palpasi abdomen

Pemeriksaan Leopold

1) Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian janin yang ada di fundus.

2) Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri perut ibu.

3) Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus

4) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bagian bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

4. **Perubahan Pada Ibu Hamil Trimester Ketiga**

Perubahan pada ibu hamil trimester ketiga menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) yaitu:

- a. Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan.
- b. Pernafasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke

rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih mudah.

- c. Sering buang air kecil, pembesaran rahim dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu.
- d. Kontraksi perut, *brackton-hicks* kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.
- e. Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair.

Sedangkan menurut Marmi (2014) Perubahan fisiologi ibu hamil trimester III meliputi :

- a. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan *vaskularisasi* dan *hiperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot *perinium* dan *vulva* sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang disebut dengan tanda *Chadwick*.

- b. Uterus

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

- c. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat *korpus luteum graviditatum*, berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian dia mengecil setelah plasenta terbentuk.

d. Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi *hiperplasia* sistem duktus dan jaringan *interstisial* payudara. Hormon laktogenk 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

Perubahan sistem respirasi pada trimester III pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu karena usus-usus uterus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang bebas bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas.

f. Sistem Endokrin

Pada ibu trimester III, kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*.

g. Sistem Perkemihan

Pada ibu Trimester III, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

h. Sistem Pencernaan

Terjadi penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis yang di sebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus dan menurunnya tonus sfingter esophagus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar.

i. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah dua tungkai. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

j. Sistem Kardiovaskular

Pada ibu trimester III, selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui (Prawihardjo, 2016) Menurut Marmi (2014) perubahan sistem kardiovaskuler pada wanita hamil yaitu:

1) Tekanan Darah (TD)

Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan disebabkan

vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal. Edema pada ekstremitas bawah dan varises terjadi akibat obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat.

2) Volume dan Komposisi Darah

Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas: 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke-10 sampai dengan minggu ke-12. Vasodilatasi perifer mempertahankan TD tetap normal walaupun volume darah meningkat.

3) Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat

Sel darah merah normal dalam batas normal berjumlah 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³. Walaupun begitu, nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) menurun secara menyolok, yang disebut dengan anemia fisiologis.

Bila nilai Hb menurun sampai 10 gr/dL atau lebih, atau nilai Ht menurun sampai 35 persen atau lebih, bumil dalam keadaan anemi.

4) Curah Jantung

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 keseimbangan hormon dan peregangan mekanisme menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integument selama masa kehamilan. Perubahan yang umumnya terjadi adalah peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktifitas kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Hiperpigmentasi disebabkan pengaruh hormone Melanophore Stimulating Hormone (MSH).

l. Sistem Metabolisme

Pada ibu trimester III biasanya *basal metabolic rate* (BMR) meninggi. 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.

5. 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).

b. Tujuan asuhan *antenatal care*

Tujuan dari *Antenatal Care* adalah ibu hamil mendapatkan asuhan selama kehamilan meliputi pemeriksaan kehamilan, edukasi dan deteksi risiko tinggi sehingga apabila ada temuan bisa segera dilakukan upaya preventif dan kuratif guna mencegah morbiditas dan mortalitas (Lestari, 2020). Tujuan pelayanan *Antenatal Care* menurut Kementerian Kesehatan (2020) adalah

- 1) Memantau kemajuan proses kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin di dalamnya.
- 2) Mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi selama kehamilan sejak usia dini, termasuk riwayat penyakit dan pembedahan.
- 3) Meningkatkan dan memelihara kesehatan ibu dan bayi.
- 4) Mempersiapkan proses persalinan agar bayi dapat dilahirkan dengan selamat dan meminimalkan trauma yang mungkin terjadi selama persalinan.
- 5) Menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu.

- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.
- 7) Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik dan dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

a. Kegiatan Asuhan Antenatal

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 pertambahan berat. Berat pada kunjungan pertama ditimbang sementara berat sebelumnya jangan terlewat untuk ditanyakan. 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 besar pada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek (Marlina, 2017).

2) Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu. Adapun tekanan darah dalam kehamilan yaitu pada 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 (Mandriwati, 2011).

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 (Mandriwati, 2011). 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 adakehidupan 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 TT 2 minimal 4 minggu (Afriani, 2018).

Tabel 2. 2 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 mg 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 suamidalam 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).

a. 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 (Rohjati, 2011). Faktor risiko tersebut dapat diidentifikasi secara dini sehingga dapat ditangani dengan sesuai dalam penatalaksanaan kehamilan. Beberapa penyakit mungkin memerlukan keterlibatan subspesialis 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. 3 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 <2tahun	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 <145cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagalkehamilan	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. 4 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/	Perut ibu sangat membesar, gerak anak

	Hidramnion	kurang 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 atas dalam 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. 5 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	Preeklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
3	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.

6. *Evidenbased Practice* Dalam Kehamilan

a. Definisi prenatal yoga

Prenatal yoga merupakan kombinasi gerakan senam hamil dengan gerakan yoga antenatal yang terdiri dari gerakan penafasan (pranayama), posisi (mudra), meditasi dan relaksasi yang dapat membantu kelancaran dalam kehamilan dan persalinan (Rusmita, 2015).

Menurut Rafika (2018), prenatal yoga (yoga selama kehamilan) merupakan salah satu jenis modifikasi dari hatha yoga yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil. Tujuan prenatal yoga adalah mempersiapkan ibu hamil secara fisik, mental dan spiritual untuk proses persalinan.

b. Manfaat prenatal yoga

- 1). Membantu mengatasi nyeri punggung dan mempersiapkan fisik dengan memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament-ligamen, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan.
- 2). Membentuk sikap tubuh. Sikap tubuh yang baik selama kehamilan dan bersalin dapat mengatasi keluhan-keluhan umum pada wanita

hamil, mengharapkan letak janin normal, mengurangi sesak nafas akibat bertambah besarnya perut

3). Relaksasi dan mengatasi stres. Memperoleh relaksasi tubuh yang sempurna dengan memberi latihan kontraksi dan relaksasi. Relaksasi yang sempurna diperlukan selama hamil dan selama persalinan.

4). Menguasai teknik-teknik pernafasan yang mempunyai peran penting dalam persalinan dan selama hamil untuk mempercepat relaksasi tubuh yang diatasi dengan nafas dalam, selain itu juga untuk mengatasi nyeri saat his.

5). Untuk meningkatkan sirkulasi darah (Suananda, 2018).

c. Kontraindikasi prenatal yoga

Kontraindikasi yoga antenatal menurut Sunanda (2018) ialah: anemia, Hyperemesis gravidarum, Kehamilan ganda, Sesak nafas, Tekanan darah tinggi, nyeri pubis dan dada, Mola hidatidosa, Perdarahan pada kehamilan, Kelainan jantung, PEB (Preeklampsia Berat).

d. Syarat prenatal yoga

- 1). Sebelum melakukan latihan harus dilakukan pemeriksaan kesehatan dan minta nasihat dokter atau bidan
- 2). Latihan baru dapat dimulai setelah usia kehamilan 22 minggu
- 3). Latihan harus dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas-batas kemampuan fisik ibu,
- 4). Latihan sebaiknya dilakukan di rumah sakit atau klinik bersalin

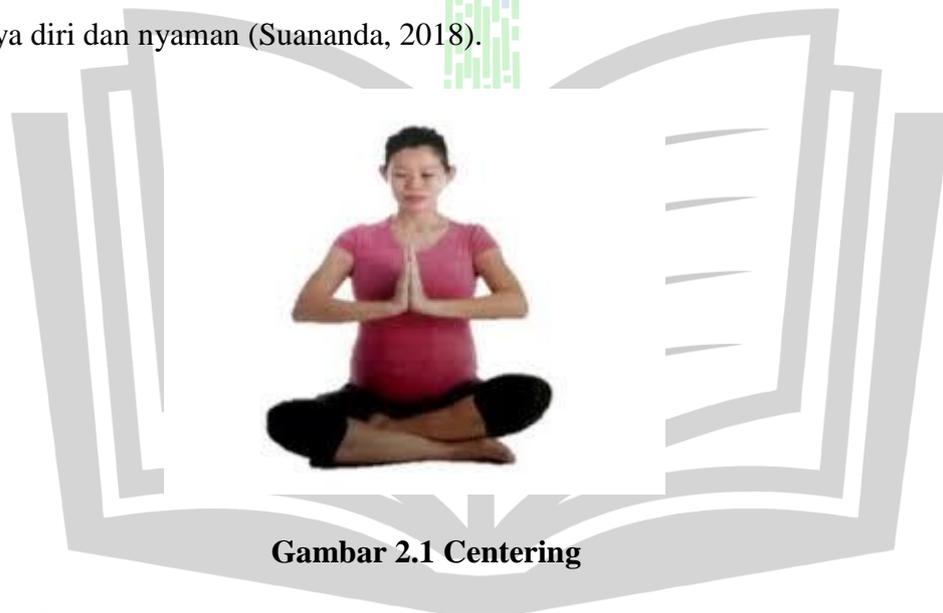
5). Latihan tidak menekan area perut dengan tidak melakukan latihan untuk otot perut dan menghindari posisi tengkurap. Latihan tidak meregangkan area perut dengan tidak melakukan gerakan melenting ke belakang atau backbend berlebihan

6). Latihan tidak memutar area perut (Suananda, 2018).

e. Gerakan prenatal yoga

1). Latihan pemusatan perhatian (*centering*)

Centering atau memusatkan perhatian penting untuk memulai latihan. Saat memulai senam, ibu mungkin masih memikirkan banyak hal sehingga perlu membantu ibu untuk memusatkan perhatian, menangkan pikiran, fokus pada latihan dan hanya antara ibu dan janin dalam perutnya. Selalu gunakan kata-kata positif untuk membangkitkan kembali rasa tenang, semangat, percaya diri dan nyaman (Suananda, 2018).



Gambar 2.1 Centering

2). Pernafasan (*pranayama*)

Pranayama atau latihan pernafasan perlu dilatih karena napas adalah salah satu unsur penting dalam keberhasilan menenangkan pikiran dan

mengejan saat persalinan. Bernafas dengan nyaman membawa masuk oksigen ke dalam tubuh dan membuat kesegaran bagi ibu. Setiap gerakan senam hamil diiringi dengan pernafasan yang dilakukan dengan cara mulut tertutup kemudian tarik nafas lalu keluarkan dengan lembut. Dinding perut naik pada saat tarik nafas dan turun pada waktu pengeluaran nafas sambil mengeluarkan nafas melalui mulut. Atur posisi duduk ibu, bersila sambil mengeluarkan nafas dari mulut (Suananda, 2018). Satu teknik pernafasan yang dapat dilakukan yaitu Nadi Sodhana. Nadi Sodhana adalah pernafasan bergantian antara lubang hidung kanan dan lubang hidung kiri. Ibu jari digunakan untuk menutup lubang hidung kanan dan jari kelingking untuk lubang hidung kiri (Suananda, 2018).



Gambar 2.2 Nadi Sodhana (Pernafasan)

3). Gerakan pemanasan (*warming up*)

Pemanasan adalah saat persiapan bagi tubuh untuk melakukan gerakan-gerakan dalam latihan. Hindari gerakan yang berat karena tubuh belum siap. Pemanasan merupakan saat yang tepat untuk memperkenalkan bagian-bagian

tubuh seperti tulang pinggul, posisi kaki dan bagian tubuh lainnya (Suananda, 2018).

4). Gerakan inti

a) Stabilisasi

Perubahan beban di dalam tubuh akan membuat perubahan dalam kestabilan badan. Pusat gravitasi akan mengalami perpindahan ke depan akibat hormon relaxin yang membuat sendi-sendi lebih longgar. Gerakan ini berfungsi untuk menstabilkan rongga panggul, postur tubuh, memperkuat otot punggung dan kaki (Suananda, 2018). Gerakan stabilisasi adalah sebagai berikut :

b) Mountain pose (*tadasana*)

Posisi berdiri yang stabil dan nyaman selama hamil, beri jarak di antara kedua kaki sesuai kenyamanan ibu. Berdiri dengan membagi berat badan sama rata.



Gambar 2.3 Mountain Pose

c). Tree Pose (*Vrksasana*)

Pindahkan berat badan ke kaki kanan, tekuk lutut kiri dan letakkan telapak kaki kiri di punggung kaki kanan, betis kanan atau paha di dalam

kaki kanan. Satukan kedua tangan di depan dada. Tahan beberapa saat dan jaga keseimbangan tubuh.



Gambar 2.4 Tree Pose (*Vrksasana*)

d). Cow pose-cat pose (*bitilasana marjarisana*)

Lakukan posisi merangkak. Tarik napas, angkat kepala sedikit, jauhkan bahu dan telinga, tulang ekor diarahkan sedikit ke atas. Keluarkan napas, tundukkan kepala, bawa masuk tulang ekor ke arah dalam. Gerakan ini dapat membantu menstabilkan tulang belakang.



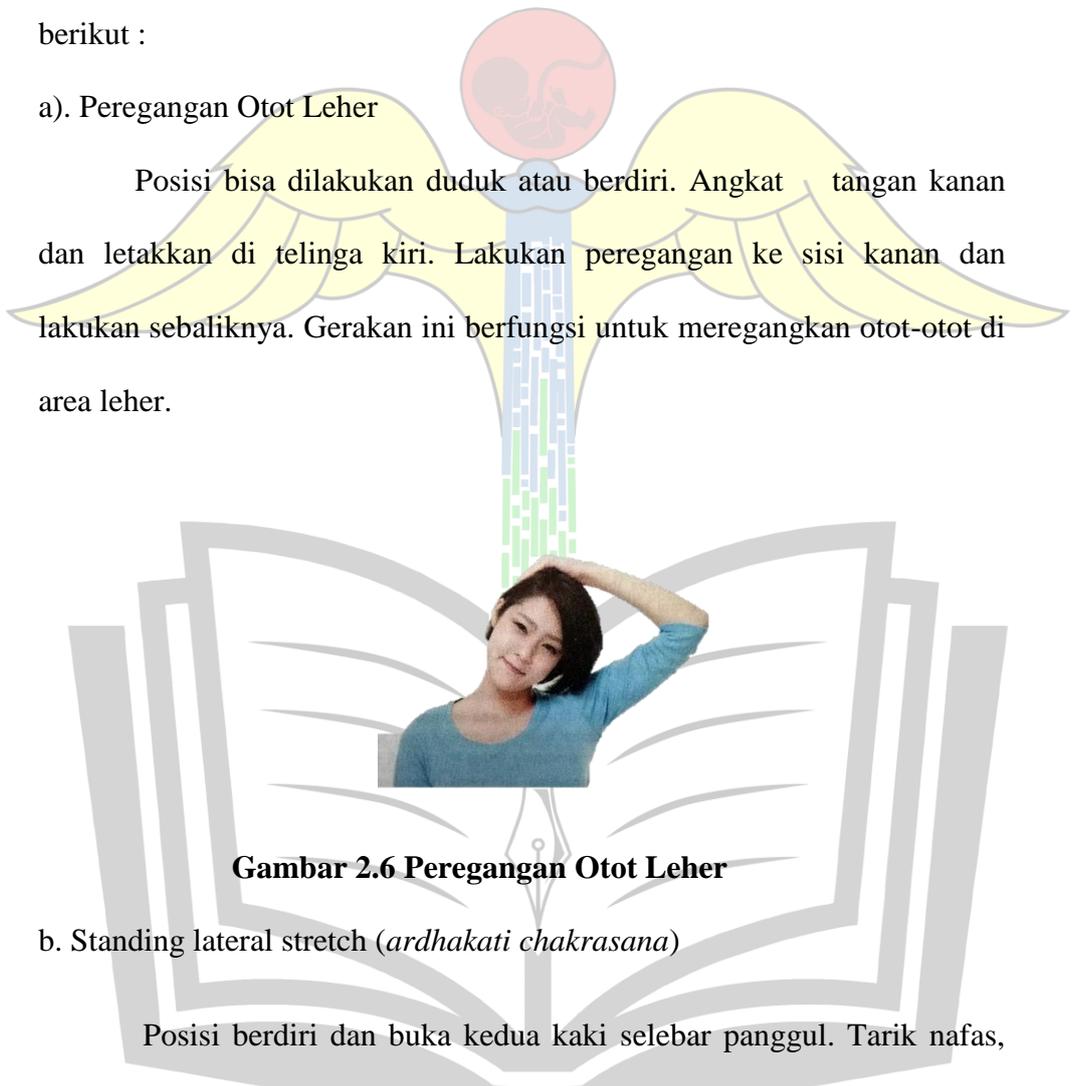
Gambar 2.5 Cow Pose-Cat Pose (*Bitilasana Marjarisana*)

2). Peregangan

Peregangan penting dilakukan untuk relaksasi otot terutama quadrus lumborum, erector spina, otot oblique eksterna dan interna. Menjaga kelenturan sendi-sendi tulang belakang dan memberi ruang pada rongga dada (Suananda, 2018). Gerakan peregangan adalah sebagai berikut :

a). Peregangan Otot Leher

Posisi bisa dilakukan duduk atau berdiri. Angkat tangan kanan dan letakkan di telinga kiri. Lakukan peregangan ke sisi kanan dan lakukan sebaliknya. Gerakan ini berfungsi untuk meregangkan otot-otot di area leher.



Gambar 2.6 Peregangan Otot Leher

b. Standing lateral stretch (*ardhakati chakrasana*)

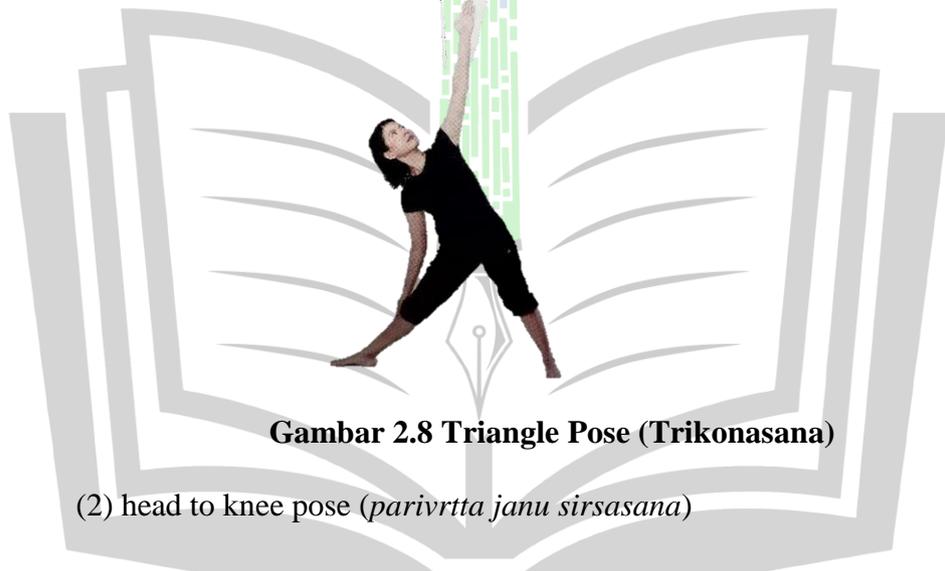
Posisi berdiri dan buka kedua kaki selebar panggul. Tarik nafas, jalin jari-jari dan angkat ke atas. Keluarkan napas dan bawa tangan ke arah kanan dan sisi kiri tubuh lalu tahan beberapa saat.



Gambar 2.7 Standing Lateral Stretch (*Ardhakati Chakrasana*)

(1) Triangle pose (*trikonasana*)

Buka kedua kaki lebar, kaki paralel menghadap ke depan. Putar kaki kanan ke arah luar, panggul dan perut tidak ikut berputar. Tarik napas dan buka kedua tangan ke samping



Gambar 2.8 Triangle Pose (*Trikonasana*)

(2) head to knee pose (*parivrtta janu sirsasana*)

Duduk dan luruskan kedua kaki. Tekuk dan buka lutut ke arah lantai lalu dekatkan tumit kanan ke paha dalam kiri. Letakkan

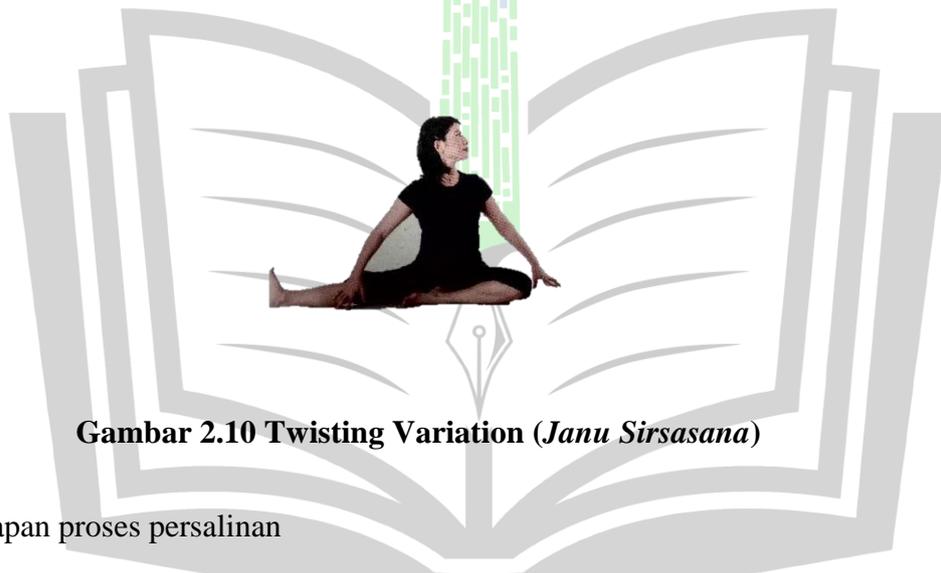
tangan kiri di lantai. Tarik napas dan angkan tangan kanan ke atas, keluarkan napas dan bawa tangan kanan ke kiri.



Gambar 2.9 Revolved Head to Knee Pose (*Parivrtta Janu Sirsasana*)

(3) Twisting variation (*janu sirsasana*)

Duduk dan buka lutut kiri ke arah lantai. Letakkan tangan kanan di depan lutut kanan dan tangan kiri di belakang lutut kiri. Tarik napas, tegakkan tulang belakang. Keluarkan napas dan perlahan putar badan ke kiri dan kanan.



Gambar 2.10 Twisting Variation (*Janu Sirsasana*)

3). Persiapan proses persalinan

Pada proses persalinan, area panggul dan sekitar akan menjadi daerah yang perlu diperhatikan. Posisi persalinan dan proses mengejan membutuhkan kekuatan dan kelenturan otot-otot dasar panggul. Gerakan berikut ditujukan untuk

memberikan peregangan pada otot dasar panggul, melenturkan otot area panggul dan paha antara lain hamstring, adductor group, quadriceps femoris, gluteus group. Memberi ruang bagi janin untuk masuk panggul pada trimester III dan meringankan nyeri punggung dan panggul (Suananda, 2018). Gerakan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

a). Bound angle pose (*baddha konasana*)

28 Posisi duduk, tekuk dan buka kedua lutut ke arah lantai. Satukan kedua telapak kaki dan pegang dengan tangan. Tarik nafas dan tegakkan tulang belakang. Dengan menjaga tulang belakang tetap tegak, bawa tubuh ke arah depan sedikit dan pastikan tidak menekan perut. Gerakan ini dapat dikombinasikan dengan senam kegel.



Gambar 2.11 Bound Angle Pose (*Baddha Konasana*)

b). Garland pose (*malasana*)

Posisi jongkok, buka kedua kaki cukup lebar. Letakkan kedua telapak kakidi lantai dan pastikan lutut membuka cukup lebar untuk memberi ruang bagi janin. Bawa masuk siku kanan di depan lutut kanan

dan bawa masuk siku kiri di depan lutut kiri. Satukan dan tekan telapak tangan di depan dada.



Gambar 2.12 Garland Pose (*Malasana*)

c). Latihan mendedan dan posisi persalinan

Latihan ini hanya dilakukan oleh ibu hamil usia kehamilan lebih atau sama dengan 37 minggu. Gerakan yang dilakukan yaitu 29 posisi persalinan dan cara mengatur napas saat mendedan selama persalinan

4) Restorative (gerakan relaksasi)

Gerakan yang membantu tubuh dan pikiran menjadi lebih tenang dan relaks. Tujuan gerakan ini adalah mengembalikan stamina, meregangkan otot yang kaku, memberikan posisi yang nyaman dan menenangkan tubuh (Suananda, 2018).

a. Melting heart pose (*anahatasana*)

Posisi berlutut, letakkan kedua tangan di lantai dan jalankan kedua tangan di sampai lurus di depan kepala. Rebahkan dada, pipi kanan di atas guling dan pejamkan kedua mata. Biarkan kedua panggul terangkat, relaks dan nikmati peregangan pada pinggang. Gerakan ini dapat dilakukan untuk ibu hamil dengan letak janin sungsang untuk membantu mengembalikan posisi janin letak kepala.



Gambar 2.13 Melting Heart Pose (*Anahatasana*)

b. Posisi tidur yang nyaman (*Savasana*)

Posisi ini merupakan saat yang tepat untuk menjalin hubungan ibu dengan janin. Ibu dalam posisi relaks dan tenang, merasakan tiap gerakan janin dan berbicara dari hati ke hati. Pastikan miring kiri untuk menghindari tekanan pada vena cava inferior terutama pada trimester ketiga. Sangga punggung dengan bantal dan atur musik yang nyaman.



Gambar 2.14 Posisi Tidur yang Nyaman (*Savasana*)

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian 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 adalah sebagai 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 mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

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.

b. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas

tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

c. 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.

d. 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 cervix

a). Perubahan cervix

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

b). 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.

c). 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 cervix.

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 Adalah 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 1

Menurut (Walyani, 2015) Kala I merupakan waktu untuk pembukaancervix sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

1) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan 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 tadi menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 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 2.6. 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 primigravida proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam dan 1 jam pada multigravida. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat ini 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).

2. Mekanisme Persalinan

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) Rotasi dalam

Ketika kepala janin telah turun pada setinggi atau dibawah spina iskiadika, janin menemui tahanan oleh koksigiuis 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.

5) 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).

6) Putar paksi luar

Putar paksi luar adalah gerakan kembali ke posisi sebelum putar paksi 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.

7) 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 otot uterus. 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.

4. 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).

3. 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)

4. 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, 2011).

5. Teori Terjadinya Persalinan

Menurut Sondakh tahun 2013 bahwa penyebab terjadi persalinan berkaitan dengan mulai terjadinya his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan antara lain adalah:

a. Teori penurunan progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya terdapat beberapa kemungkinan yaitu hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi, adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-

otot yang saling bertautan, peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dipanjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan hampir setipis kertas.

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang semakin membesar dan mengalami peregangan akan mengakibatkan otot-otot yang mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik, kantong amnion akan melebarkan saluran serviks

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut Braxton Hicks. Penurunan kadar hormon progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat.

d. Pengaruh janin hipofise

Hipofise dan kadar suprarenal janin memegang peranan penting karena itu pada anecephalus kelahiran sering lebih lama.

e. Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat kehamilan yang menyebabkan kontraksi myometrium.

C. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian 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.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

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. Melacakkan pengeluaran lochea.
- h. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme (Pitriani, 2014).

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Walyani dan Purwoastuti, (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.

4. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

a. Involusi uterus dan pengeluaran lokhea

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 antarsimfisis 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 dalam 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 *involusi*, *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 dia lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lokhea. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar endometrium dan stoma 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 skitar 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).

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormone, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu. Dari alveolus ini air susu ibu (ASI) disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus) Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memuat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar. Air susu ibu (ASI) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- 1) Kolostrum merupakan cairan yang muncul dari hari pertama sampai tiga hari, berwarna kekuningan dan agak kasar karena banyak mengandung lemak, mineral, antibodi, sel-sel epitel, dan mengandung kadar protein yang tinggi.
- 2) ASI transisi atau peralihan: keluar dari hari ketiga sampai kedelapan, jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- 3) ASI matur: keluar dari hari kedelapan sampai ke-11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi enam bulan.

Pada tahun 2003, Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan agar bayi diberikan ASI eksklusif selama enam bulan dan dapat dilanjutkan sampai bayi berumur dua tahun. Namun tidak semua wanita berhasil

menjalankan program ini, untuk itu diperlukan dukungan dari berbagai pihak untuk keberhasilan program ini, baik dari tenaga kesehatan, suami, maupun keluarga.

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.

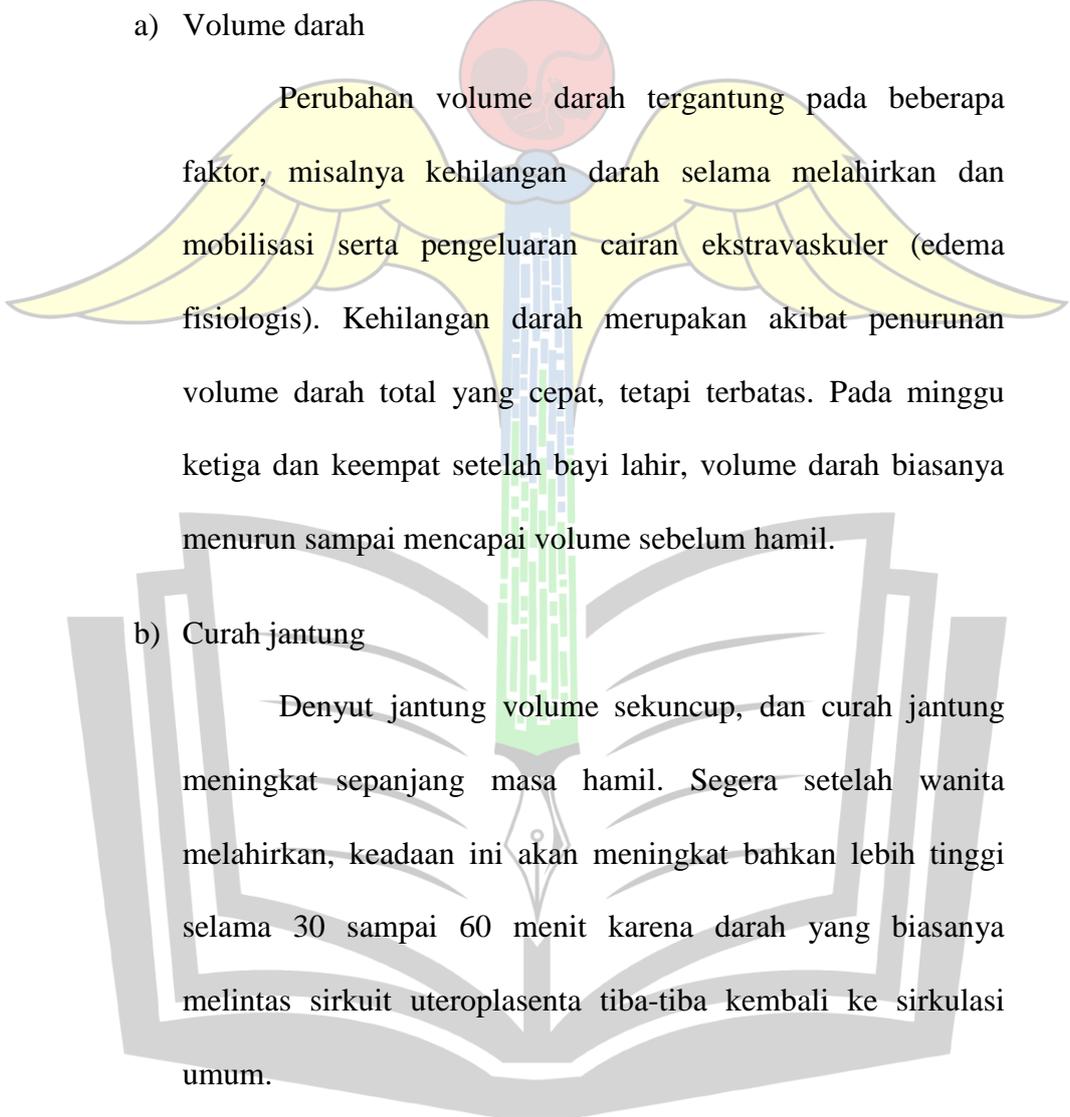
4) Respirasi

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 ke keadaan 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 badan saat hamil, wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula (Varney, 2017).

5. **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; Ketidak nyamanan 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 ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive 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. Ibusudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadipeningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi keutuhan bayi dandirinya (Pitriani, 2014).

6. 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 pendarahan 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).

4. Tanda Bahaya Masa Nifas

- a. perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba
- b. pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang keras
- c. rasa nyeri di bagian perut bawah atau punggung
- d. sakit kepala yang terus-menerus nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan
- e. pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan

- f. payudara memerah, panas, dan atau sakit
- g. kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- h. rasa sakit, warna merah, kelembutan dan garing atau pembengkakan pada kaki
- i. terasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Manuaba, 2014).

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, panjang lahir 48-52 cm. lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120- 160 kali permenit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai Appearance Pulse Grimace Activity Respiration (APGAR)>7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan labia mayora menutupi labia minora, refleks rooting susu

terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik (Armini, 2017).

2. Penanganan Segera Bayi Baru Lahir

Menurut Walyani dan Purwoastuti (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 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 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. Pemberian imunisasi HB-0

Semua bayi harus mendapatkan imunisasi HB-0 segera setelah lahir lebih baik dalam kurun waktu 24 jam setelah lahir. Imunisasi HB-0 diberikan 1-2 jam setelah pemberian injeksi Vitamin K di paha kanan secara *intramuskular* (JNPK- KR, 2017)

f. 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 bawaan.
- 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. Konsep Dasar Keluarga Berencana

3. 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)

4. 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)

5. 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)

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL sebagai kontrasepsi bila: menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari, Belum haid, Umur bayi kurang dari enam bulan. Keuntungan MAL: efektifitas tinggi, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu obat/alat, tidak mempengaruhi produksi ASI.

b. 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)

c. 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 (Sulistyawati, 2013)

d. 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 (Sulistyawati, 2013).

e. 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.

f. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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 DalamRahim (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

a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) *copper T*

1) Jangka waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

2) Batas usia pemakai

Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.

3) Waktu Pemasangan

Waktu pemasangan AKDR copper T berdasarkan kondisi klien:

a) Memiliki siklus menstruasi teratur

(1) Jika klien mulai dalam 12 hari setelah permulaan menstruasinya maka tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.

(2) Jika klien mulai lebih dari 12 hari setelah permulaan menstruasinya, klien dapat dipasang AKDR copper T kapan saja asal tidak hamil dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

b) Beralih dari metode lain

(1) Jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika sudah jelas klien tidak hamil maka AKDR copper T dapat segera digunakan. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

(2) Jika klien beralih dari suntik maka klien dapat dipasang AKDR copper T saat suntik ulangan seharusnya diberikan dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

c) Segera setelah melahirkan

(1) Kapan saja dalam 48 jam setelah melahirkan termasuk melahirkan dengan operasi caesar (pemberi pelayanan

memerlukan pelatihan khusus untuk pemasangan AKDR copper T setelah melahirkan).

(2) Jika lebih dari 48 jam setelah melahirkan maka tunda hingga 4 minggu atau lebih setelah melahirkan.

Waktu pemasangan AKDR copper T berdasarkan kondisi menyusui atau tidak menyusui:

a) ASI eksklusif atau hampir eksklusif

(1) Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan:

Jika AKDR copper T tidak dipasang dalam 48 jam pertama setelah melahirkan dan belum menstruasi, AKDR copper T dapat dipasang kapanpun antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.

Jika telah menstruasi, AKDR copper T dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada wanita dengan siklus menstruasi teratur.

(2) Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan:

Jika belum menstruasi AKDR copper T dapat dipasang kapan saja sepanjang klien tidak hamil dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

Jika telah menstruasi, AKDR copper T dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada wanita dengan siklus menstruasi teratur.

b) ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui:

(1) Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan:

a. Jika siklus menstruasi belum kembali AKDR copper T dapat dipasang dengan ketentuan telah dipastikan tidak hamil serta tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

b. Jika siklus menstruasi telah kembali AKDRcopper T dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada wanita dengan siklus menstruasi teratur.

(2) Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui):

(3) Klien dapat dipasang AKDR copper T kapan saja dengan ketentuan telah dipastikan tidak hamil serta tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

(4) Setelah keguguran:

a. Segera, jika dilakukan pemasangan dalam 12 hari setelah keguguran trimester 1 atau 2 dan tidak ada infeksi. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.

b. Jika lebih dari 12 hari setelah keguguran trimester 1 atau 2 dan tidak ada infeksi, klien dapat dipasang kapanpun asal tidak hamil dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

(5) Jika ada infeksi maka klien dibantu untuk memilih metode lain. AKDR copper T dapat dipasang bila infeksi telah teratasi.

a. Pemasangan setelah keguguran trimester 2 memerlukan pelatihan spesifik atau menunggu hingga 4 minggu setelah keguguran.

(6) Setelah menggunakan pil kontrasepsi darurat AKDR copper T dapat dipasang dalam hari yang sama dengan klien minum pil, tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.

6. Efektivitas

Alat 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.

7. Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.

8. Jenis

AKDR copper T (CuT-380A) adalah suatu rangka dari plastik yang lentur dan berukuran kecil, berbentuk huruf T yang diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) yang dipasang didalam rahim.

9. Cara kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- b) Mencegah sperma dan ovum bertemu, AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan fertilisasi.

Yang boleh menggunakan berdasarkan Kriteria Kelayakan Medis AKDR Copper T aman dan efektif bagi hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang :

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
- 4) Sedang menyusui
- 5) Melakukan pekerjaan fisik yang berat
- 6) Pernah mengalami kehamilan ektopik
- 7) Pernah mengalami Penyakit Radang Panggul (PRP)
- 8) Menderita anemia
- 9) Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan berdasarkan Kriteria Kelayakan Medis. Biasanya, wanita dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR Copper T :

- a) Antara 48 jam dan 4 minggu pascapersalinan
- b) Penyakit trofoblas gestasional nonkanker (jinak)
- c) Menderita kanker ovarium
- d) Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan
- e) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
- f) Menderita systemic lupus erythematosus dengan trombositopenia berat

Pada kondisi tersebut diatas, saat metode yang lebih sesuai tidak tersedia atau tidak dapat diterima oleh klien, penyedia layanan berkualifikasi yang dapat menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien dapat menggunakan AKDRC opper T pada kondisi tersebut diatas.

Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien, dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.

a. Penatalaksanaan Penatalaksanaan meliputi :

- 1) Persiapan alat dan bahan untuk pemasangan/pencabutan AKDR copper T.
- 2) Langkah – langkah pemasangan Pemasangan AKDR copperT.
- 3) Langkah – langkah Pencabutan AKDR copper T.

b. Kriteria Rujukan

- 1) Apabila SDM, sarana dan peralatan pelayanan AKDR copper T tidak tersedia dirujuk ke fasyankes lain yang memadai atau ke fasyankes tingkat lanjut.
- 2) Apabila terdapat penyulit yang masuk dalam kriteria 3 WHO.
- 3) Kontrol AKDR pascaplasenta dengan sectio caesaria atau AKDR dengan penyulit dapat dirujuk balik ke Fasyankes yang merujuk.

AKDR sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang. AKDR dipasang di dalam rahim setelah plasenta lahir atau segera setelah melahirkan (empat minggu pasca persalinan) dan setelah enam bulan dengan metode MAL.

g. Tubektomi

Tubektomi sangat efektif dan permanen yang dilakukan dengan tindak pembedahan yang aman dan sederhana. Cara kerja Tubektomi adalah dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin, sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Yang dapat menjalani Tubektomi, yaitu: usia ibu > 26 tahun, jumlah anak lebih dari dua orang, yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya, pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius, dan setelah melahirkan.

F. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan (Sudarti, 2011; 38).

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 (Sudarti, 2011; 39).

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 (Sudarti, 2011; 40).

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 (Sudarti, 2011; 40).

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 (Sudarti, 2011; 40).

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 (Sudarti, 2011; 41).

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 ibu “CM” selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:

