BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan TM III

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin yang lamanya sekitar 280 hari (40 minggu), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2012).

Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Bidan adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktek (Sari dan Rury, 2012).

Standar asuhan kebidanan terdiri dari 6 standar (Kemenkes, 2007) diantaranya:

1. Standar 1: pengkajian
2. Standar 2 : perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan
3. Standar 3 : perencanaan

4. Standar 4 : implementasi

5. Standar 5 : evaluasi

6. Standar 6 : pencatatan asuhan kebidanan

Kewenangan bidan, pasal 14 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/MENKES/VII/2002 Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

a) Pelayanan kebidanan

b) Pelayanan keluarga berencana

c) Pelayanan kesehatan masyarakat

Dalam menjalankan kewenangan yang diberikan bidan harus melaksanakan tugas kewenangan sesuai dengan standar profesi, memiliki keterampilan dan kemampuan untuk tindakan yang dilakukannya, mematuhi dan melaksanakan protap yang berlaku di wilayahnya, bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan ibu dan bayi atau janin.

b. Perubahan anatomi dan fisiologis Kehamilan trimester III

Tubuh wanita mengalami perubahan selama kehamilan, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara *(mammae)*. Perubahan fisiologis sebagian sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III, (Hutahaean, 2013) antara lain:

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara *umbilicus* dan *sternum*. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan *sternum*. *Tuba uterin* tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu segmen bawah *uterus* berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar *pelvis*, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam *pelvis* bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening*. Berikut ini adalah tinggi fundus uteri menurut Mc. Donald dan Leopold.

Tabel 1.
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald dan Leopold

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	
		Mc. Donald	Leopold
	1	2	3
1	22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis	-
2	28 minggu	26,7 cm diatas simfisis	2-3 jari diatas pusat
3	30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis	-
4	32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis	Pertengahan pusat – px
5	34 minggu	31 cm diatas simfisis	-
6	36 minggu	32 cm diatas simfisis	3 jari dibawah px atau sampai setinggi pusat
7	38 minggu	33 cm diatas simfisis	-
8	40 minggu	37,7 cm diatas simfisis	Pertengahan pusat – px, tetapi melebar

Sumber : Sofian, 2012

2) Serviks Uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heteregen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan, bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan. Serviks didominasi jarigan ikat fibrosa, komposisinya berupa jaringan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteglikan dan bagian sel yang mengandung otot fibroblas, epitel serta pembuluh darah.

3) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya panjang dinding vagina papilla mukosa juga mengalami hipertrofi. Peningkatan sekresi vagina juga terjadi dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidopillus* (Hutahaean, 2013).

4) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya akan menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebasea dari areola, akan membesar dan cenderung akan menonjol keluar.

5) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. *Hiperpigmentasi* terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti *aerola mammae*, *perineum*, dan *umbilikus* juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti *aksila* dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormon penstimulasi (melanosit stimulating hormone–MSH), estrogen dan progesteron.

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha, perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecokelatan yang disebut *linea nigra*. Munculnya ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher

disebut *chloasma* atau *melasma gravidarum*.

6) Sistem Kardiovaskular

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasenta menerima proposi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan.

7) Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada kehamilan trimester tiga yang mempengaruhi aliran darah ke paru – paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma, sehingga ibu hamil merasa susah bernafas.

8) Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastrik dan perubahan sudut persambungan *gastro-esofageal* yang mengakibatkan terjadinya *refluks esofageal* yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah relaksasi *sfingter* bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid.

9) Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada system perkemihan saat hamil yaitu ginjal dan ureter. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi Buang Air Kecil (BAK) karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

10) Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015). *Lordosis* yang progesif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi *sakroiliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk, 2013).

11) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar ± 135%, akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar tiroid

akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia dari peningkatan vaskularisasi.

12) Kenaikan Berat Badan

Penimbangan berat badan (BB) pada trimester III memberikan konstribusi penting teradap kesuksesan suatu masa kehamilan. Pada trimester III peningkatan berat badan 0,4 kg per minggu untuk wanita yang memiliki berat badan standar. Selama trimester III merupakan proses pertumbuhan janin (Bobak dkk, 2005).

Tabel 2.
Rekomendasi Penambahan Berat Badan selama Masa Kehamilan berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Gemuk	>29	≥7

c. *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care (ANC) atau pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya. Tujuan dari asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin, mengenali secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas

berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi (Saifuddin, dkk, 2013).

1) Standar Pelayanan Kebidanan

Standar Pelayanan Kebidanan pada ibu hamil menerapkan standar pelayanan antenatal terpadu dengan 10 T. Berdasarkan Kemenkes R.I (2013), kriteria 10 T tersebut yaitu:

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama masa kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disporpotion* (CPD).

b) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan *antenata*l dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah ≥ 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia atau hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah protein uria.

c) Ukur lingkar lengan atas/LiLA (Nilai status gizi)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK), ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama

yaitu LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah/ BBLR.

d) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepada atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lainnya. Penilaian DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Denyut jantung janin lambat kurang dari 120 kali/ menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/ menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Skrining status imunisasi TT

Bila diperlukan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasinya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status TT ibu saat ini. Program imunisasi

pada anak SD dimulai tahu 1984. Pada tahun 1998 program ini dikembangkan menjadi Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Sehingga ibu hamil dengan status T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

g) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h) Periksa laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemogoblin darah, sifilis, pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA), protein urin, reduksi urin dan pemeriksaan spesifik daerah endermis (malaria, HIV). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan hemogoblin pada ibu hamil minimal dilakukan dua kali yaitu pada trimester I dan trimester III.

i) Tatalaksana/ penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil

j) Temu wicara (konseling)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai masa kehamilan sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang meliputi tempat persalinan, pendamping

persalinan, kendaraan yang digunakan, calon donor darah dan biaya persalinan pada ibu hamil.

2) Stimulasi Perkembangan Bayi dalam Kandungan

Peningkatan Inteligensia janin pada kehamilan dengan Brain Booster menurut Delegasi Depkes 2017. Brain Booster ini merupakan stimulasi auditorik music mozart't terpilih dan nutrisi otak pada janin usia 5 bulan hingga lahir untuk merangsang proliferasi sel neuron dan synaptogenesis. Neuron berkembang dengan kecepatan 50.000-100.000 per detik selama pertumbuhan 9 bulan kehamilan. Sel Neuron akan mati dalam proses perkembangan janin karena kekurangan nutrisi dan stimulasi yang berakibat kemampuan manusia tidak optimal dan kecerdasan tidak berkembang sesuai dengan kompetensinya. Stimulasi ini dapat berupa:

a) Pemberian stimulasi auditorik dengan musik

Teknik ini dapat diakronimkan dari musik 5m dan 1U yaitu kepanjangan dari musik. Minggu ke 20, pada malam hari musik menempel diperut ibu selama 60 menit dan stimulasi musik ini dilakukan antara pukul 20.00 sampai 23.00 wita.

b) Pemberian nutrisi pengungkit otak

Pemberian tablet nutrisi ini setiap hari pada masa kehamilan dengan tablet suplemen nutrisi diminum 1 x (satu kali) sehari sampai ibu melahirkan dengan komposisi suplemen Vit. A1400 IU, Vi.C 100 mg, Vit.E 15 mg, Vit B6 2 mg, folic acid 400 mcg, Vit. B1 1,2 mg, Vit. D 500 IU, Ca 500 mg, Fe 10 mg, Zink 2,5 mg, DHA 95-100 mg, dan Fish oil 400 mg.

d. Tanda Bahaya dalam Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan adalah keaadaan pada ibu hamil yang mengancam jiwa ibu dan janin yang dikandungnya selama kehamilan yang dapat terjadi kapan saja. Tanda bahaya kehamilan TW III diantaranya :

1) Perdarahan Pervaginam

Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus mendapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang mengancam nyawa ibu dan atau janinnya. Perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tetapi terus menerus, lama-lama ibu menderita anemia berat. Perdarahan dapat juga keluar sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas/ nadi kecil dan tekanan darah menurun. Perdarahan pervaginam pada kehamilan lanjut yang termasuk kriteria tanda bahaya adalah perdarahan yang banyak, berwarna merah, dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan nyeri. Diagnosa yang mungkin adalah plasenta previa atau solutio plasenta. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada temmpat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir. Sedangkan solutio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir.

2) Nyeri hebat di daerah abdomen

Nyeri perut yang hebat termasuk dalam tanda bahaya dalam kehamilan. Apabila perut ibu terasa sangat nyeri secara tiba-tiba bahkan jika disentuh sedikit

saja dan terasa sangat keras seperti papan serta disertai perdarahan pervaginam. Ini menandakan terjadinya solusio placenta.

Nyeri perut yang hebat normal terjadi pada akhir kehamilan akibat dari kontraksi dari rahim ibu yang akan mengeluarkan isi dalam kandungan atau bayi. Jadi harus dapat dibedakan apakah nyeri perut tersebut disebabkan karena ibu kan melahirkan atau terjadi solutio plasenta.

3) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Pada umumnya, ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai adanya peningkatan tekanan darah di atas normal. Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat, ibu mungkin merasakan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

4) Masalah penglihatan

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa ibu adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Diagnosis yang mungkin adalah gejala dari preeklampsia. Pada preeklampsia tampak pembengkakan pada retina,

penyempitan setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan atau eksudat.

5) Bengkak pada muka dan tangan

Edema (bengkak) adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dan dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, hari tangan, dan muka. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain. Diagnosis yang mungkin adalah gejala dari anemia, gagal jantung, atau preeklampsia.

6) Keluar cairan pervaginam

Pecahnya selaput janin dalam kehamilan merupakan tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjadinya infeksi langsung pada janin salah satunya KPD. Diagnosis ketuban pecah dini didasarkan pada riwayat hilangnya cairan vagina dan pemastian adanya cairan amnion dalam vagina. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal, dan penyebabkan infeksi pada ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena kurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh karena kedua faktor tersebut. Pemastian diagnosis KPD dapat dilakukan dengan

(1) Menguji cairan dengan kertas lakmus (nitrazine) yang akan berubah biru bila terdapat cairan amnion alkalin.

(2) Melihat dengan menggunakan mikroskop dengan menempatkan contoh bahan pada suatu kaca objek kemudian dikeringkan di udara dan diperiksa di bawah mikroskop untuk mencari ada tidaknya gambaran seperti pakis.

7) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke lima atau ke enam, beberapa ibu bahkan mampu merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah, bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam periode tiga jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan bila ibu makan dan minum dengan baik. Yang termasuk tanda bahaya adalah bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Diagnosa yang mungkin adalah kematian janin dalam rahim (Asrinah, dkk., 2010).

e. Jarak Kelahiran

1) Konsep Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran merupakan interval antara dua kelahiran yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kelahiran yang cenderung singkat dapat menimbulkan beberapa efek negative baik pada kesehatan wanita tersebut maupun kesehatan bayi yang dikandungnya. Setelah melahirkan, wanita memerlukan waktu yang cukup untuk memulihkan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan serta persalinan selanjutnya (Sawitri dkk, dalam Rifdiani, 2017).

2) Dampak Jarak Kelahiran Terlalu Dekat

Selain itu, resiko lain juga dapat terjadi seperti ketuban pecah dini dan prematur karena kesehatan fisik dan rahim ibu masih memerlukan waktu untuk

beristirahat. Dalam waktu atau jarak kehamilan yang cukup dekat juga memungkingkan ibu untuk masih menyusui, hal tersebut yang menyebabkan terlepasnya hormon oktisosin yang memicu terjadinya kontraksi (Ummah, 2015).

Resiko yang ditimbulkan oleh jarak kehamilan yang terlalu dekat bukan hanya terjadi pada ibu saja, hal ini juga bisa terjadi pada anak. Alasannya adalah ketika ibu 10 seharusnya masih menyusui dan memberikan perhatian kepada anaknya harus tergantikan dengan perhatiaanya terhadap kehamilan barunya. Dengan situasi tersebut, bisa saja terjadi pegabaian pada anak pertamanya baik secara fisik maupun psikis. Hal tersebut menjadi alasan mengapa anak menjadi iri atau cemburu kepada saudara kandungnya, dibuktikan dengan tidak gembiranya kakak terhadap kehadiran adiknya atau bahkan menganggapnya musuh (Ummah, 2015).

f. Skor Poedji Rochjati

Kehamilan risiko tinggi merupakan suatu kehamilan dimana kehidupan atau kesehatan ibu maupun janin dalam bahaya akibat adanya gangguan/komplikasi kehamilan. Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi. Klasifikasi kehamilan dengan risiko bertujuan untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan yang tepat dan sesuai.

Berdasarkan jumlah skor Poedji Rochjati pada kehamilan dibagi tiga kelompok yaitu :

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

Kehamilan risiko rendah adalah kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat. Tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayi.

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu mapun janinnya, memiliki risiko kegawat tetapi tidak darurat. Ibu PKK/kader memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter di Puskesmas, di Polindes, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥12

(1) Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya, membutuhkan rujukan tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

(2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatdaruratan yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis. Ibu diberi penyuluhan dengan kemudian dirujuk guna melahirkan di Rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.

Tabel 3.
Kartu Skor Poedji Rochjati

I	II	III		IV			
1	2	3		4			
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a.terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II		Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah b. Malaria,					
	11	c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				

	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak sungsang	8
	18	Letak Lintang	8
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8
		JUMLAH SKOR	

Sumber : Rochjati (2003)

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minngu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya placenta secara lengkap (JNPK-KR 2017).

b. Fisiologi Persalinan

1) Fisiologi Persalinan Kala I

Perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu bersalin kala I, (Jannah, 2017) sebagai berikut :

a) Perubahan serviks

Kala I persalinan dimulai dari awal munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif. Fase laten berlangsung mulai dari pembukaan serviks 0 sampai berakhir di

pembukaan serviks 3 cm. Fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm yang diakhiri dengan pembukaan serviks 10 cm.

b) Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.Selagi uterus kontraksi berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk kerongga pelvik (Modul Persalinan Kemenkes, 2016).

c) Perubahan pada vagina dasar panggul

(1) Pada kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vaginan yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi.

(2) Setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak. Oleh bagian depan yang maju tersebut dasar panggul di regang menjadi saluran dengan dinding yang tipis.

(3) Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menhadap kedepan atas. Dari luar, peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tpis, sedangkan anus semakin terbuka.

(4) Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul. Tetapi saat jaringan tersebut robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak (Ai Nursiah, dkk 2014).

d) Ekslpulsi Janin

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu

lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan badan seluruhnya (Sari dan Rimandini, 2014).

2) Fisiologi Persalinan Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap atau 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Adapun yang menjadi tanda dan gejala kala II yaitu: ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, *perineum* menonjol, vulva-vagina dan *sfingter ani* membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Fisiologi Persalinan Kala III

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Setelah bayi lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya (Sari dan Rimandini, 2014).

4) Fisiologi Persalinan Kala IV

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda

dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simpisis pubis dan umbilikus (Sari dan Rimandini, 2014). Jika uterus ditemukan berada di atas umbilicus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh dan perlu dikosongkan.

c. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau Lima Benang Merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah tersebut yaitu : membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu (menganjurkan kepada suami atau keluarga untuk memberi pijatan pada pungung ibu, m,enganjurkan ibu untuk berganti posisi yang nyaman selama persalinan, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi), asuhan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan, rujukan. Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

d. Manajemen Persalinan

Standar Pertolongan Persalinan (JNPK-KR 2017) adalah sebagai berikut :

1) Asuhan Persalinan Kala I

Bidan memberikan dukungan dengan mendengarkan keluhan ibu. Menganjurkan ibu untuk berkemih paling sedikit setiap 2 jam. Menjaga lingkungan tetap bersih dan aman . Partograf harus digunakan untuk memantau

perkembangan persalinan ibu pada saat telah memasuki persalinan pada kala satu fase aktif. Penilaian dan intervensi yang dilakukan pada persalinan kala satu yaitu pemeriksaan tekanan darah, pembukaan serviks, dan penurunan bagian terbawah janin setiap empat jam pada kala I fase laten dan fase aktif, pemeriksaan suhu dilakukan pada kala I fase laten setiap empat jam, fase aktif setiap dua jam, serta pemeriksaan DJJ, nadi, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit pada fase laten dan fase aktif.

2) Asuhan Persalinan Kala II

Bidan memberikan asuhan sayang ibu dengan menganjurkan ibu didampingi oleh keluarga memberi semangat dan dukungan selama proses persalinan. Membersihkan vulva dan perineum ibu untuk mencegah infeksi mulai dari bagian atas kearah bawah dan menganjurkan ibu untuk berkemih setiap 2 jam. Amniotomi dilakukan jika selaput ketuban belum pecah, pembukaan lengkap dan ibu meneran spontan. Membimbing ibu meneran secara efektf dilanjutkan memenuhi kebutuhan nutrisi ibu diantara waktu kontraksi serta membantu ibu untuk merubah posisi yang nyaman selama kala II. Menolong kelahiran bayi dengan melahirkan kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi, maka dilakukan penanganan bayi baru lahir. Episiotomi hanya dilakukan jika ada indikasi. Pemantauan dan pencatatan kondisi ibu, bayi, dan kemajuan persalinan meliputi: nadi, frekuensi dan lamanya kontraksi, DJJ setiap selesai meneran, penurunan kepala bayi, warna cairan ketuban, kehamilan kembar, serta adanya presentasi majemuk atau tali pusat terkemuka.

3) Asuhan Persalinan Kala III

Bidan melakukan manajemen aktif Kala III dengan tujuan membuat uterus berkontraksi lebih efektif. Manajemen aktif kala III yang dilakukan yaitu: pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setalah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri setelah placenta lahir untuk merangsang kontraksi uterus.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Setelah placenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase) uterus, evaluasi tinggi fundus uteri, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum dan lakukan penjahitan bila ada robekan perineum. Evaluasi keadaan umum ibu dengan memantau tanda-tanda vital ibu. Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala empat di halaman dua partograf.

d. Standar Asuhan Persalinan

1) Standar 9 : Asuhan persalinan kala I Memastikan bahwa ada tanda-tanda persalinan, memberikan asuhan dan pemantauan.
2) Standar 10 : Persalinan kala II yang aman Melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
3) Standar 11 : Penatalaksanaan aktif persalinan kala III Melakukan penegangan tali pusat untuk membantu melahirkan plasenta dan selaput ketuban secara lengkap
4) Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy Mengenali dengan tepat tanda gawat janin pada kala II lama, dan segera

5) melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan (Depkes RI, 2004).

3. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau *puerperium* adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat–alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genetalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya maka perlu diperhatikan (Nurjasmi, E., dkk. 2016). Masa nifas (*puerperium)* dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

b. Fisiologis Nifas

Alat-alat genetalia interna maupun eksterna dalam masa nifas akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusio (Kemenkes RI, 2015a), yang meliputi :

a) Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot- otot polos uterus.

Tabel 4.
TFU dan Berat Uterus menurut Masa Involusi

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
1	2	3
Saat bayi baru lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu postpartum	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 minggu postpartum	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu postpartum	Normal	50 gram
8 minggu postpartum	Normal seperti sebelum hamil	30 gram

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

b) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

c) *Lochea*

Lochea adalaah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata – rata ± 240-270 ml seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 5.
Perbedaan Masing – masing *Lochea*

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1	2	3	4
Rubra/Merah (Cruenta)	1-3 hari	Merah	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa placenta, dinding rahim, lemak bayi,lanugo, dan meconium
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan	Sisa darah dan berlendir
Serosa	8-14 hari	Kuning kecoklatan	Mengandung serum, leukosit,dan robekan/laserasi plasenta
Alba/putih	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Kemenkes RI, 2015

d) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita

multipara. Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (Marmi, 2015)

e) Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian fungsi usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Pada ibu yang mengalami episiotomi, laserasi dan hemoroid sering menduga nyeri saat defekasi sehingga ibu sering menunda untuk defekasi. Faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi proses konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan

kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar (Marmi, 2015).

f) Sistem Perkemihan

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, paska melahirkan ibu sulit merasa buang air kecil dikarena trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir. Dinding kandung kemih dapat mengalami oedema. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebab keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah reflex berkemih. Penurunan berkemih, seiring diuresis pascapartum bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Pada masa pasca partum tahap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga menggangu proses berkemih normal. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Marmi, 2015).

c. Asuhan Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, dkk, 2013).

d. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Depkes RI, 2009

1) Kunjungan I (KF 1): 6 jam- 3 hari setelah persalinan

   Tujuannya antara lain:

a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
b) Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
c) Melakukan konseling pada ibu untuk keluarga jika terjadi masalah
d) Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal
e) Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi *(Bounding attachment)*
f) Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia
g) Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi)
h) Memberikan vit A 1 kapsul pada 2 jam post partum dan 1 kapsul lagi setalah 24 jam post partum.
i) Pemberian tablet tambah darah post partum, 1x500 mg selama 42 hari.

2) Kunjungan II (KF 2) : 4 hari- 28 hari setelah persalinan

Tujuannya antara lain:

a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat *(umbilicus)*, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau
b) Mendeteksi tanda – tanda : demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat, dll
c) Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup
d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperihatkan tanda – tanda penyulit
e) Memberikan konseling pada ibu memberikan asuhan pada talli pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari
f) Melakukan konseling KB secara mandiri
g) Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat

3) Kunjungan III (KF3): 29 hari- 42 hari setelah persalinan

Tujuannya antara lain:

a) Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif/sesuai kebutuhan
b) Menanyakan kepada ibu adakah masalah/ penyulit yang dialami ibu maupun bayi

e. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

a) Proses adaptasi psikologis masa nifas menurut Varney (2007) adalah sebagai berikut:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan fase ketergantungan dan terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, biasanya ibu masih sangat bergantung dan energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya. Ibu biasanya mengulang pengalaman melahirkan dan menunjukkan kebahagiaan. Pada fase ini nutrisi tambahan sangat diperlukan oleh ibu karena selera makan biasanya meningkat.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini adalah fase ketergantungan dan ketidaktergantungan, berlangsung dua sampai empat hari setelah melahirkan. Ibu biasanya memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih, kekuatan dan daya tahan. Ibu mungkin peka terhadap perasaan tidak mampu dan cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini adalah periode saling ketergantungan yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Kini keinginan merawat diri dan bayinya semakin meningkat dan menerima tanggung jawab merawat bayi dan memahami kebutuhan bayinya.

f. Standar Asuhan Nifas

1) Standar 13 : Perawatan bayi baru lahir Bidan memeriksa dan menilai BBL untuk memastikan pernafasan dan mencegah terjadinya Hipotermi

2) Standar 14 : Penanganan pada 2 jam setelah persalinan Melakukan pemantauan terhadap ibu dan bayi akan terjadinya komplikasi pada 2 jam pertama

3) Standar 15 : Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas Melakukan kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan. Mencakup : talipusat, komplikasi yang terjadi pada masa nifas, Gizi, kebersihan (Depkes RI, 2004).

4. Bayi

a. Bayi Baru Lahir hingga 28 hari (Neonatus)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

1) Adaptasi Bayi Baru Lahir

a) Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan, upaya rangsangan napas pertama pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan (surfaktan) dalam paru-paru untuk pertama kali. Setelah pernapasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur (bervariasa 30-60 kali per menit) disertai apnea singkat (kurang dari 15 detik). Bayi baru lahir biasanya bernapas melalui hidung (Bobak dan Lowdermilk, 2005).

b) Sistem Gestasional

Bayi baru lahir memiliki kemampuan untuk mencerna karbohidrat lemak, dan protein yang diatur oleh beberapa enzim kecuali enzim *amylase*. Enzim *lipase*

diperlukan untuk mencerna lemak. Oleh karena itu, bayi baru lahir normal mampu mencerna karbohidrat sederhana, protein tetapi terbatas dalam mencerna lemak. Kolostrum merupakan pencahar untuk membersihkan meconium dari usus bayi dan mempersiapkan saluran pencernaan bayi (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005).

c) Sistem Pencernaan

Bentuk makanan yang baik dikonsumsi pada awal proses pencernaan bagi bayi baru lahir adalah kolostrum. Kolostrum diproduksi oleh payudara sejak masa kehamilan dan dalam 2-3 hari setelah melahirkan. Untuk mendapatkan kolostrum bayi baru lahir harus mampu mengisap dan menelan. Gerakan tersebut adalah reflek yang dimiliki oleh bayi *mature* saat lahir. Proses mencerna makanan akan menstimulasi peristaltik usus serta menghasilkan pengaliran keluar mekonium.

d) Sistem Imunitas

Bayi baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk membentuk imunitas aktif. Maka untuk melindungi bayi dari infeksi kuman dan bakteri diperlukan tindakan antisipasi dan proteksi terhadap kondisi bayi.

e) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini adalah proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran. Segera setelah lahir, bayi diletakkan di dada atau di atas perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi mencari puting susu ibu. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, mencegah infeksi nosokomial, dapat menurunkan insiden ikterus pada bayi baru lahir, memperkuat reflek hisap bayi

dan membuat bayi lebih tenang. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Saifuddin, 2013).

2) Standar Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, penilaian segara setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, Perawatan tali pusat, IMD, Manajemen laktasi, pencegahan infeksi mata dengan pemberian salep mata *erythromycin* , pemberian imunisasi HB-O, Injeksi Vitamin K1 1 mg intramuskular pada paha kiri anterolateral, dan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, serta pemberian identitas (tanda pengenal).

3) Kunjungan Neonatus

a) Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari enam jam hingga 48 jam setelah kelahiran bayi. Asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, pemeriksaan fisik lengkap untuk melihat adanya kelainan kongenital, memeriksa ikterus, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberi ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan tali pusat dan tanda bahaya seperti bayi tidak mau menyusu, kejang-kejang, merintih atau menangis terus-menerus, demam, tali pusat kemerahan, tinja saat buang air besar berwarna pucat dan menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG (diberikan secara intracutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC) dan Polio 1 (diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio).

b) Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan dari usia 3 hari sampai 7 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.

c) Kunjungan neonatal ketiga (KN3) dilakukan pada usia bayi 8 hari sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.

b. Bayi 29 - 42 hari

Bayi akan mengalami perkembangan dan pertumbuhan dari bulan ke bulan. Pertumbuhan pada bayi tentunya diiringi dengan perkembangan motorik kasar, motorik halus,komunikasi, sosial dan kemandirian (WHO,2005).

1) Pertumbuhan

Usia nol sampai enam bulan berat badan bayi akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram. Penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Berat badan bayi perempuan normal usia satu bulan adalah 3200-5500 gram dan berat badan bayi laki-laki normal adalah 3300-5700 gram. Panjang badan bayi perempuan normal 49,8-57,6 cm dan laki-laki 50,8-56,8 cm. Lingkar kepala bayi perempuan normal 34-38 cm dan laki-laki

cm.(Kemenkes RI, 2014).

2) Perkembangan

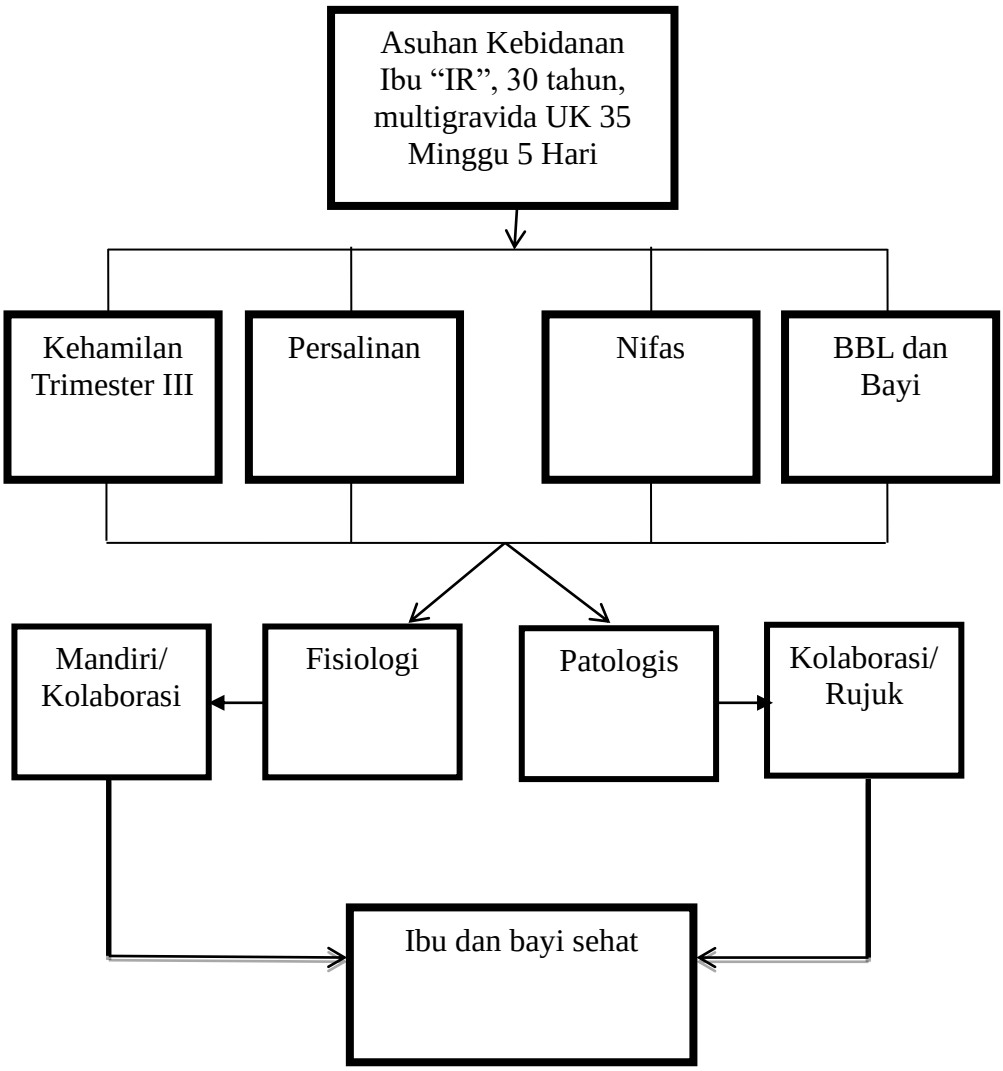
Bayi usia satu bulan memiliki kemampuan seperti menatap ke ibu, mengeluarkan suara o..o..., tersenyum, dan menggerakkan tangan serta kaki. Stimulasi yang dilakukan oleh keluarga yaitu sering memeluk dan menimang bayi dengan penuh kasih sayang, gantung benda berwarna cerah yang bergerak dan bisa dilihat bayi,tatap mata bayi dan ajak tersenyum, bicara dan bernyanyi, serta perdengarkan musik/suara kepada bayi (Kemenkes RI, 2014).

3) Asuhan bayi 29-42 hari

Asuhan yang diberikan yaitu menimbang berat badan untuk memantau status gizi, pengukuran panjang badan untuk memantau stanting, pengukuran lingkar kepala untuk memantau adanya *macrocephal* (lingkar kepala lebih dari normal) atau *Microcephal* (lingkar kepala kurang dari normal), memeriksa perkembangan motorik kasar (tangan dan kaki bayi mulai aktif bergerak), motorik halus (kepala bayi sudah dapat menoleh kesamping), motorik komunikasi/bahasa (mulai bereaksi terhadap bunyi lonceng, sudah bisa mengeluarkan suara o..o..) dan perkembangan sosial (bayi dapat menatap wajah ibu). Memeriksa tanda bahaya seperti demam, tidak mau menyusu,kejang, diare berulang-ulang dan pemberian imunisasi BCG (diberikan secara intracutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC) dan Polio 1 (diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio (Kemenkes RI, 2014).

B. Kerangka Pikir

Asuhan kebidanan sesuai standar diberikan selama kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus. Diharapkan asuhan kebidanan yang diberikan membawa Ibu ke dalam kondisi yang fisiologi, namun tidak menutup kemungkinan kondisi Ibu dapat berubah menjadi patologi baik dalam kehamilan, persalinan, maupun nifas, dan neonatus. Kondisi yang patologis memerlukan penanganan lebih lanjut dengan cara rujukan.



Gambar 1. Bagan Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Ibu "IR" Pada Kehamilan Trimester III Sampai 42 Hari Masa Nifas