

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari konsepsi dan berakhir dengan permulaan persalinan. Selama kehamilan ini terjadi perubahan-perubahan, baik perut, fisik maupun psikologi ibu (Varney,2010). Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya, yang terjadi pada saat sel telur perempuan lepas dan masuk kedalam saluran sel telur, berjuta-juta cairan sel sperma masuk ke rongga rahim, salah satu sperma tersebut akan berhasil menembus sel telur dan bersatu dengan sel telur tersebut, peristiwa ini disebut fertilisasi atau konsepsi (Astuti, 2011)

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah 40 minggu, bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan *postmatur*, kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan *prematum*, sedangkan kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut kehamilan *mature* (cukup bulan). Ditinjau dari tuanya kehamilan, dibagi menjadi 3 fase yaitu trimester pertama (0-12 minggu), trimester kedua (12-28 minggu), trimester ketiga (28-40 minggu) (Prawirohardjo,2014). Kehamilan merupakan proses alamiah terbentuknya janin dari bertemunya sel telur dan sel sperma yang

akan tumbuh dan berkembang selama kurang lebih 40 minggu sampai ke persalinan.

2.1.2 Tanda Pasti Dan Tanda Tidak Pasti Kehamilan

Menurut Astuti (2011), secara klinis tanda-tanda kehamilan dapat dibagi menjadi dua kategori besar, yaitu sebagai berikut:

1. Tanda kehamilan yang tidak pasti
 - a. *Amenorea*, yaitu wanita yang terlambat mengalami haid dalam masa wanita tersebut masih mampu hamil.
 - b. Mual dan Muntah (*morning sickness*), sering muncul pada pagi hari dan diperberat oleh makanan yang baunya menusuk.
 - c. Mastodinia, yaitu rasa kencang dan sakit pada payudara yang disebabkan payudara membesar. Vaskularisasi bertambah, asinus dan duktus berproliferasi karena pengaruh progesterone dan estrogen.
 - d. *Quickening*, yaitu persepsi gerakan janin pertama yang bisanya bisadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.
 - e. Keluhan kencing (BAK), frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial.
 - f. Konstipasi, terjadi karena reflek relaksasi progesterone atau dapat juga karena perubahan pola makan.
 - g. Perubahan berat badan, yang terjadi pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah.

- h. Perubahan temperatur, kenaikan temperatur basal lebih dari 3 minggu biasanya merupakan tanda-tanda terjadinya kehamilan.
 - i. Perubahan warna kulit, yaitu warna kulit kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung, dan kulit daerah tulang pipi.
 - j. Perubahan payudara, akibat stimulasi prolaktin, payudara mensekresi kolostrum biasanya setelah kehamilan enam minggu.
 - k. Pembesaran perut, menjadi nyata setelah minggu ke-16 karena pada saat ini uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.
 - l. Kontraksi uterus, tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.
 - m. Balotemen, yaitu tanda adanya benda terapung melayang dalam cairan.
2. Tanda Pasti Kehamilan Astuti (2011) menyebutkan tanda pasti kehamilan adalah sebagai berikut:
- a. Denyut jantung janin (DJJ), dapat didengarkan dengan stetoskop atau dengan stetoskop *ultrasonic (doppler)*.
 - b. Palpasi, terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.
 - c. Rontgenografi, sehingga dapat terlihat gambaran tulang-tulang janin.
 - d. *Ultrasonografi (USG)*.
 - e. Test laboratorium, yaitu test inhibisi koagulasi yang bertujuan untuk mendeteksi adanya HCG dalam urin. Manuaba, dkk (2010) menyebutkan bahwa tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi tiga,

yaitu tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan. Terjadinya pembesaran rahim dan perut, terdapat kontraksi rahim saat diraba, ada tanda hegar, chadwick, dan reaksi kehamilan positif merupakan tanda kemungkinan hamil.

2.1.3 Perubahan Fisiologis Kehamilan Pada Trimester 3

Adapun beberapa perubahan fisiologis kehamilan pada trimester 3 menurut (Astuti, 2011).

1. Payudara bertambah besar dan mulai keluar cairan kental kekuning-kuningan (kolostrum).
2. Areola mammae menjadi lebih besar dan berpigmen lebih gelap. Terlihat benjolan-benjolan kecil tersebar di seluruh areola yang di sebut kelenjar montgomery
3. Pada usia kehamilan memasuki minggu ke 28, terkadang ibu mengalami kesulitan pencernaan, misalnya sembelit, bengkak pada kaki dan kelelahan.
4. Bayi bergerak lebih sering di dalam rahim dan ibu merasakan tendangan kaki janinnya.
5. Ibu mulai merasakan kontraksi rahim yang tidak menyakitkan ini di sebut *Braxton Hicks*.
6. Pada akhir bulan kesembilan atau minggu ke 36, rahim ibu mulai mencapai daerah tulang rusuk dan ibu mungkin merasa tidak nyaman, khususnya jika ibu makan dengan jumlah banyak di malam hari.ibu mungkin akan mengeluh tubuh terasa panas dan sesak di dada, karena

beban tubuh ibu semakin berat, tulang belakang makin ke arah depan sehingga ibu mengalami kesulitan memiringkan tubuhnya saat berbaring dan mudah lelah jika duduk terlalu lama.

7. Ibu mudah lelah, kram kaki, timbul gatal pada daerah perut, suhu tubuh meningkat karena perubahan metabolisme tubuh.

2.1.4 Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Pada Trimester 3

Menurut Astuti (2011) terdapat perubahan dan adaptasi psikologis pada trimester III, calon ibu akan semakin peka perasaannya. Tingkat kecemasan ibu akan semakin meningkat. Calon ibu akan lebih sering mengelus perutnya untuk menunjukkan perlindungannya kepada janin, senang berbicara pada janin, terutama ketika janin bergerak atau berubah posisi. Banyak calon ibu yang sering berkhayal atau bermimpi tentang apabila hal negatif akan terjadi kepada bayinya saat melahirkan nanti. Khayalan tersebut seperti kelaian letak bayi, tidak dapat melahirkan, atau bahkan janin akan lahir dengan kecacatan. Calon ibu menjadi sangat merasa bergantung kepada pasangannya.

Pada fase ini, calon ibu mulai sibuk mempersiapkan diri untuk persiapan melahirkan dan mengasuh anaknya setelah dilahirkan. Mempersiapkan segala kebutuhan bayi, seperti baju, nama, dan tempat tidur. Bernegosiasi dengan pasangannya tentang pembagian tugas selama masa-masa menjelang melahirkan sampai nanti setelah bayi lahir. Pergerakan dan aktivitas bayi akan semakin sering terasa, seperti memukul, menendang, dan menggelitik. Perasaan bahwa janin merupakan bagian yang

terpisah semakin kuat dan meningkat. Peningkatan keluhan somatik dan ukuran tubuh pada trimester III dapat menyebabkan kenikmatan dan rasa tertarik terhadap aktivitas seksual menurun.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Astuti (2011) kebutuhan dasar pada ini hamil meliputi;

1. Diet makanan

Kebutuhan makanan ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, *inersia uteri*, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerpuralis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan akan berakibat kegemukan, pre-eklamsia, janin terlalu besar, dan sebagainya. Hal penting yang harus diperhatikan sebenarnya adalah cara mengatur menu dan pengolahan menu tersebut dengan berpedoman pada pedoman umum gizi seimbang. Bidan sebagai pengawas kecukupan gizinya dapat melakukan pemantauan terhadap kenaikan berat badan selama kehamilan. Berat badan sebelum hamil, dan indek massa tubuh (IMT) masih merupakan indikator yang banyak dipakai untuk menentukan status gizi ibu.

2. Kebutuhan Energi

a. Protein

Ibu hamil mengalami peningkatan kebutuhan protein sebanyak 68%, sehingga ibu hamil dianjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12% per hari atau 75-100 gram.

b. Zat Besi

Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat 300% (1.040 mg selama hamil) dan Pemberian sumlemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia *post partum*.

c. Asam folat

Jika kekurangan asam folat maka ibu dapat menderita anemia megaloblastik dengan gejala diare, depresi, lelah berat, dan selalu mengantuk. Jika kondisi ini terus berlanjut dan tidak segera ditangani maka pada ibu 23 hamil akan terjadi BBLR, ablasio plasenta, dan kelainan bentuk tulang belakang janin (*spina bifida*)

d. Kalsium

Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5%. Oleh karena itu asupan yang optimal perlu dipertimbangkan.

e. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja.

3. Senam Hamil

Senam hamil untuk melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, perencanaan lebih baik, dan tidur lebih nyenyak.

4. Pakaian

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ketat pada bagian perut
- b. Bahan mudah menyerap keringat
- c. Gunakan bra yang menyokong payudara
- d. Memakai sepatu hak rendah
- e. Pakaian dalam selalu bersih

5. Istirahat dan Rekreasi

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

6. Perawatan Payudara

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa
- b. Gunakan bra yang menyangga
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi

- d. Jika ditemukan cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai.

7. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.

Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi.

8. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini.

- a. Sering abortus dan kelahiran premature.
- b. Perdarahan per vaginam.
- c. Koitus harus dilakukan dengan perlahan terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

9. Sikap tubuh yang baik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal dipunggung dan kram kaki ketika tidur malam hari. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini perlu adanya sikap tubuh yang baik.

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

1. Trimester I (0 – 12 minggu)

a. Perdarahan Pada Kehamilan Muda

Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus (Hadijanto, 2008) diantaranya seperti:

(1) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

(a) Abortus Imminens

Suatu abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks..

(b) Abortus Insiptien

Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat.

(c) Abortus Incompletus

Abortus Incompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus.

(d) Abortus Completus

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, osseum uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif.

(e) Missed Abortion

Missed Abortion adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

(f) Abortus Habitualis

Abortus Habitualis adalah abortus spontan yang terjadi berturut turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

(2) Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada disaluran telur (tuba Fallopii). Kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi rupture dan menjadi kehamilan ektopik terganggu (Hadijanto, 2008). Hal ini dapat atau tidak ada perdarahan pervaginam, ada nyeri perut kanan atau kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum.

(3) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm. Menurut Hadijanto (2008) pada permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan.

(4) Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktifitas sehari-hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan *Hiperemesis Gravidarum* (Wiknjosastro, 2002).

(5) Selaput kelopak mata pucat

Selaput kelopak mata pucat merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan

disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I (Wiknjosastro, 2002).

(6) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2008). Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit.

2. Trimester II (13 – 28 minggu)

a. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2008). Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital, infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinandan masa nifas.

b. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Saifuddin, 2008).

c. Selaput kelopak mata pucat, merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin dibawah $<10,5$ gr% pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi (Saifuddin, 2008).

3. Trimester III (29 – 42 minggu)

a. Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

b. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia (Saifuddin, 2008).

c. Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik, berkunang-kunang. Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (Saifuddin, 2008).

d. Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan

adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain, hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

e. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6, jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Saifuddin, 2008).

f. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim (Saifuddin, 2008).

g. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Saifuddin, 2008)

h. Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah yaitu kurang dari 2500 gram) (Saifuddin, 2008).

i. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan, penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2008).

2.1.7 Asuhan Kehamilan Terpadu

Beberapa resiko tersebut dapat diminimalkan yaitu dengan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke tenaga kesehatan, menjaga asupan makan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi seperti asam folat dan kalsium,

mengontrol kenaikan berat badan, olahraga teratur, hindari stres, menjauhi asap rokok dan minuman beralkohol. Menurut Depkes RI (2007) pemeriksaan antenatal adalah K1 dan K4, yaitu K1 terdapat 2 jenis yakni K1 murni dan K1 akses. K1 murni ialah kunjungan ibu hamil baru (pertama kali periksa kehamilan) pada umur kehamilan 4-16 minggu. K1 akses ialah kunjungan ibu hamil baru (pertama kali periksa kehamilan) tanpa memandang umur kehamilan atau lebih dari 16 minggu. K4 adalah kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dengan distribusi minimal 1 kali pada trimester 1 (HPHT-12 minggu), minimal 1 kali pada trimester 2 (12 minggu-24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester 3 (24 minggu-36 minggu). Sehingga kunjungan ke tenaga kesehatan sangatlah penting dan dengan tujuan dilakukan ANC adalah:

1. Untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil
2. Menghindari resiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan
3. Mempersiapkan ibu untuk masa nifas dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil disarankan untuk melakukan kunjungan antenatal yang komprehensif dan berkualitas di pelayanan kesehatan

4. Pada umumnya, standar minimal pemeriksaan ANC terdiri dari 10 T yaitu:

1. Timbang berat badan setiap kali kunjungan dan dicatat
2. Ukur Tekanan darah, normalnya 110/80 – dibawah 140/90, Ibu hamil dikatakan hipertensi jika systole 140 mmHg diastole > 90

mmHg sedangkan ibu hamil mengalami hipotensi jika systole < 90 mmHg dan diastole > 60 mmHg menurut Sulistyawati, (2012).

3. Nilai status gizi dengan pengukuran Lingkar Lengan Atas(LILA), Menurut Supariasa (2012) ambang batas LILA adalah 23,5- 28,5 cm jika ukuran LILA $< 23,5$ maka dikatakan KEK dan jika $> 28,5$ dikatakan obesitas, berdasarkan hasil pemeriksaan LILA ibu 22cm yang termasuk dalam kategori KEK, LILA di ukur pada saat awal kehamilan atau pada saat kunjungan pertama ke tenaga kesehatan.
4. Tinggi fundus uteri (puncak rahim): memantau perkembangan janin
5. Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid)
 - a. TT1 : pada saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada saat kehamilan)
 - b. TT2 : 4 minggu setelah TT1
 - c. TT3 : 6 bulan setelah TT2
 - d. TT4 : 1 tahun setelah TT3
 - e. TT5 : 1 tahun setelah TT4
6. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
7. Pemberian Tablet zat besi
8. Test Laboratorium
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling) , termasuk perencanaan persalinan

2.1.8 Ketidaknyamanan Pada Trimester 3 (edema kaki fisiologis)

Pada masa kehamilan akan terjadi begitu banyak perubahan yang akan membuat ibu hamil mengalami ketidaknyamanan yang mungkin akan sedikit mengganggu keadaan ibu salah satunya yaitu edema kaki atau pembengkakan pada kaki ibu akibat gangguan peningkatan tekanan vena pada kaki karena adanya tekanan dari janin.

1. Definisi

Edema adalah akumulasi abnormal kelebihan cairan dalam ruang jaringan intraseluler, paling sering terjadi pada bagian tubuh yang menggantung, seperti kaki dan pergelangan kaki atau biasa dikenal bengkak berlebih pada ibu hamil (Astuti, 2011). Edema adalah pembengkakan akibat adanya penumpukan cairan di dalam jaringan, yang dianggap tanda kemungkinan bahaya pada kehamilan, pembengkakan pada pergelangan kaki dan kaki berkaitan dengan peningkatan cairan tubuh yang normal, namun juga harus tetap di perhatikan derajat pembengkakannya (Hani,dkk, 2014)

2. Etiologi

Kadar estrogen yang tinggi menyebabkan pembuluh darah mudah rapuh dan pecah.gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena di ekstremitas bawah karena tekanan pada vena pelvis saat duduk atau berdiri akibat uterus yang membesar, peningkatan tekanan vena dapat disebabkan volume darah yang meningkat saat kehamilan. Menurut Astuti (2011) Penyebab edema pada ibu hamil adalah :

- a. Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormon

- b. Kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah
- c. Peningkatan permeabilitas kapiler
- d. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk.

3. Patofisiologi

Edema seringkali terjadi pada ekstremitas bawah wanita hamil. Hal ini disebabkan oleh menurunnya arus balik darah vena akibat *vena cava inferior* yang terkompresi oleh pertumbuhan janin. Penurunan arus balik tersebut mengakibatkan adanya akumulasi cairan di bagian bawah tubuh apalagi jika wanita hamil berdiri dalam waktu lama. Selain itu, pada masa kehamilan juga terjadi penurunan tekanan *osmotik koloid interstisial* akibat dari meningkatnya volume cairan *ekstrasel*. Dengan adanya penurunan tekanan *osmotik interstisial*, maka osmosis akan lebih mudah terjadi menuju ke daerah *interstisial*. Hal ini yang kemudian menyebabkan terjadinya edema yang umumnya terjadi pada tahap akhir kehamilan .

Pada saat hamil tua tekanan dari bayi yang sedang tumbuh, dan adanya peningkatan volume darah membuat darah dari lengan dan kaki lebih sulit kembali ke jantung. Masalah paling berat pada kaki yang dimana gaya tarik bumi dan beban dari rahim pada pembuluh darah dan memperlambat aliran kembalinya darah ke jantung. Ini sebabnya daerah yang paling sering bengkak adalah bagian pergelangan kaki dan betis (Astuti, 2011)

4. Derajat edema

Derajat I : kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.

Derajat II : kedalamannya 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik.

Derajat III : kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik.

Derajat IV : kedalamannya 7mm dengan waktu kembali 7 detik.

5. Tanda bahaya edema kaki menurut Astuti (2011), resiko terjadi pre-eklampsia atau darah tinggi, anemia dan varises. Jika muncul pitting (bekas penekanan atau cekungan) walaupun setelah semalaman berbaring pada posisi miring ke kiri dan kaki di tinggikan kaki tetap edema tau tidak ada perubahan maka harus mengurangi aktifitas fisik yang berlebih.

6. Penatalaksanaan

Menurut Astuti (2011) edema kaki fisiologis seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar. Adapun penatalaksanaan dari edema kaki adalah :

- a. Hindari mengenakan pakaian ketat yang mengganggu aliran darah.
- b. Ubah posisi sesering mungkin
- c. Hindari duduk dengan barang diatas pangkuan yang semakin menghambat sirkulasi
- d. Meminimalkan berdiri atau berjalan dalam jangka lama
- e. Istirahat berbaring dengan posisi miring kiri untuk memaksimalkan pembuluh darah kedua tungkai
- f. Lakukan olah raga ringan
- g. Kompres dengan air hangat untuk membantu memperlancar sirkulasi darah setiap sebelum istirahat

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta, selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban pecah dan keluar dari rahim ibu. Persalinan akan dianggap normal jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan ≥ 37 minggu tanpa disertai dengan adanya penyulit (Marni, 2012)

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta melalui jalan lahir, kala satu persalinan berlangsung sejak awal kontraksi uteri secara teratur sampai dilatasi serviks sampai pembukaan lengkap. Persalinan merupakan proses alamiah yang terjadi pada ibu hamil dengan adanya kontraksi dan his pada rahim ibu yang akan menimbulkan terjadinya pembukaan untuk lahirnya janin dan plasenta dari rahim ibu.

2.2.2 Fase Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) fase dalam persalinan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif yang dilewati oleh ibu bersalin pada umumnya, yaitu:

Tahap 1: Tahap Persalinan Awal (Fase Laten)

Pada tahap ini, permukaan rahim akan melunak dan mulai terbuka 1-3 cm. Kontraksi yang terjadi biasanya sudah mulai terasa. Fase ini bisa berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Kontraksi semakin lama akan terasa lebih kuat dan menetap, serta terjadi secara berdekatan, yaitu 5 menit sekali dengan durasi sekitar 10-30 detik.

Yang bisa Mam lakukan:

- a. Persiapkan diri dan mental dengan baik. ibu tetap harus makan, minum banyak cairan, dan beristirahat.
- b. Terus coba untuk berjalan-jalan – misalnya di sekitar klinik atau rumah sakit, juga mandi air hangat agar terasa lebih nyaman.
- c. Saat kontraksi datang, cobalah untuk bernafas dengan baik dan teratur.
- d. Pijatan pada bagian punggung atau bahu juga dapat memberi perasaan nyaman dan tenang.

Tahap 2: Tahap Persalinan Aktif (fase aktif)

Kontraksi pada tahap ini terjadi lebih panjang dan kuat, biasanya berjarak 3 menit sekali dan terus terjadi selama 40-50 detik.

Pembukaan mulut rahim biasanya sudah mencapai 4-9 cm.

Yang bisa ibu lakukan:

- a. Cari posisi tubuh yang paling nyaman untuk ibu.
- b. Usahakan suasana di sekeliling ibu tetap tenang, kalau memungkinkan redupkan pencahayaan di dalam ruangan.

- c. Bernafaslah secara teratur dan sadar, hal ini penting untuk mempersiapkan energi dan tenaga ibu.
- d. Jangan mengejan walaupun terasa ada dorongan ingin mengejan

Tahap 3: Tahap Persalinan (Kala II)

Tahapan ini adalah tahap puncak persalinan, di mana mulut rahim sudah terbuka sempurna, yaitu 10cm. Kontraksi terjadi sangat kuat dan lebih sering. Pada tahap ini tubuh secara otomatis akan mengejan. Posisi bayi sudah semakin turun dari panggul dan menuju jalan lahir. Fase ini berlangsung antara 15 menit hingga 2 jam. Yang bisa ibu lakukan:

- a. Sebisa mungkin cobalah untuk tetap tenang.
- b. Ikuti arahan dokter atau bidan yang membantu persalinan ibu. Jangan mengejan kecuali diperintahkan oleh dokter atau bidan.
- c. Atur pernafasan dengan baik, bila perlu berganti posisi tubuh seperti, jongkok, posisi merangkak, atau berbaring miring mungkin cukup membantu.
- d. Tarik nafas dalam-dalam di antara saat kontraksi, untuk mengumpulkan energi.

Tahap 4: Persalinan Plasenta (Kala III)

Tali pusat sudah dipotong, dan selanjutnya menunggu lahirnya plasenta. Fase ini berlangsung antara beberapa menit sampai 30 menit setelah bayi lahir. Pada fase ini ibu tidak perlu mengejan lagi menunggu plasenta lahir, bayi akan diposisikan pada dada ibu sebagai upaya inisiasi menyusui dini (*skin-to-skin moment*).

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) 5P (*Passage, Power, Passanger, Psikis dan Penolong*) merupakan faktor yang sangat mempengaruhi proses persalinan.

1. *Passage*

Terdiri dua bagian yaitu: bagian keras yaitu tulang panggul dan bagian lunak ialah otot-otot dan ligamen. Jalan lahir menjadi tempat utama yang akan dilewati oleh bayi dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Jalan lahir sangatlah diutamakan agar proses persalinan akan berjalan dengan baik dan normal.

2. *Power*

Tenaga atau kekuatan terdiri dari kontraksi yang ada di Uterus dan beberapa tenaga memerankan seorang ibu. His merupakan kontraksi yang melibatkan otot-otot rahim. Power merupakan kekuatan atau tenaga yang mendorong janin dapat keluar dari rahim. Kekuatan tersebut berasal dari kontraksi His atau Uterus. Kontraksi yang terjadi akan bersifat involunter sehingga hal ini menjadi Faktor yang mempengaruhi persalinan yang perlu diperhatikan juga.

3. *Passenger*

Janin yang bergerak di sepanjang jalan lahir menjadi tanda dari faktor yang mempengaruhi persalinan. Passenger terdapat kepala janin, peresentasi, letak dan bahkan posisi janin.

4. Psikis

kondisi psikis baik buruk ibu akan mempengaruhi his dan

pembukaan kurang lancar sehingga kemungkinan besar persalinan akan terhambat.

5. Penolong

Dalam menentukan kelahiran atau persalinan maka para penolong sangat dibutuhkan untuk memperlancar proses dari faktor yang mempengaruhi persalinan dengan bantuan para penolong maka persalinan akan terkendali.

2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan. Dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lainnya seperti keluarga, lingkungan dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan atau tidak. Dukungan yang diterima atau tidak oleh seorang wanita di lingkungan tempatnya melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologis pada saat kondisinya sangat rentan setiap kontraksi timbul juga pada saat nyeri timbul secara berkelanjutan.

2.2.5 Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

Menurut (Mutmainnah, dkk, 2017) beberapa tanda-tanda persalinan sudah dekat dan tanda-tanda timbulnya persalinan yaitu,

1. Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primi gravida terjadi penurunan fundus uteri kerana kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton hicks* ketegangan dinding perut dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah yang menyebabkan ibu merasakan,

- a. Ringan dibagian atas dan rasa sesak bekurang
 - b. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
 - c. Terjadiya kesulitan saat berjalan
 - d. Sering kencing
2. Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran ekstrogen dan progesteron juga makin bekurang, sehingga produksi oksitosin meningkat dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu, antara lain

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datang tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas.

2.1.6 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) ada beberapa tanda bahaya pada saat persalinan yang harus di waspadai oleh penolong atau bidan, yang

diharapkan mampu cepat tanggap mengenali tanda bahaya persalinan pada ibu bersalin.

1. Ketuban pecah dini

Normalnya ketuban pecah beberapa saat sebelum melahirkan, jika sebelum tanggal perkiraan persalinan ibu telah merasakan adanya pengeluaran cairan dari jalan lahir atau sering disebut ketuban pecah dini (KPD) maka harus dilakukan tindakan lebih lanjut.

2. Perdarahan

Perdarahan pada saat proses persalinan dapat ancaman ibu dan janin yang apabila perdarahan nya melebihi batas normal yaitu 500cc. Ibu perlu segera mendapatkan pertolongan lebih lanjut ke rumah sakit.

3. Pergerakan janin berkurang

Berkurang atau hilangnya pergerakan janin dapat merupakan suatu tanda gawat janin yang dapat berakhir dengan kematian janin. Karena itu sebaiknya ibu mengerti cara menghitung pergerakan janin dalam satu hari, dan segera ke Nakes jika menduga pergerakan janin berkurang. Pemantauan pergerakan janin harus sudah dimulai sejak awal, yakni sejak ibu merasa pergerakan janinnya, karena ibu sendirilah yang paling tahu dan mungkin mendeteksi kesehatan janinnya, bisanya memperhatikan gerakan janin setiap hari, dianjurkan untuk memperhatikannya pada malam hari, saat itu janin sedang bangun.

4. Tekanan darah meningkat

Tekanan darah meningkat tanpa pemeriksaan tensi darah sulit diketahui, tetapi apabila ibu merasa bengkak pada kaki yang tidak

hilang setelah diistirahatkan, bengkak pada punggung tangan, bengkak pada kelopak mata atau bagian tubuh lainnya segera hubungi nakes karena kemungkinan ibu terancam pre-eklamsi (keracunan kehamilan).

2.2.7 Standar Asuhan Persalinan Normal

Adapun yang dilakukan ialah 60 langkah (APN, 2017) dalam asuhan persalinan normal dan kelahiran bayi, yaitu membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan, dan rujukan. (terlampir)

2.2.8 Persalinan dengan plasenta letak rendah (plasenta *previa*)

1. Definisi

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir (*Ostium uteri Internum*) dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggu atau menimbulkan kelainan janin dalam lahir. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di *corpus* uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Prawirohardjo, 2008).

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada bagian segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir yang ditandai dengan perdarahan uterus yang dapat keluar melalui

vagina tanpa adanya rasa nyeri pada kehamilan trimester terakhir, khususnya pada bulan kedelapan (Chalik, 2010).

2. Klasifikasi Plasenta Previa

Menurut Manuaba (2008), plasenta previa dibagi menjadi :

1. Plasenta previa totalis

Plasenta previa totalis yaitu ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.

2. Plasenta previa parsialis

Plasenta previa parsialis yaitu ostium uteri internum tertutup sebagian oleh plasenta.

3. Plasenta previa marginalis

Plasenta previa marginalis yaitu pinggir bawah plasenta sampai pada pinggir ostium uteri internum

4. Plasenta previa letak rendah

Plasenta previa letak rendah yaitu terjadi jika plasenta tertanam di segmen bawah uterus.

Plasenta previa dapat dibagi menjadi empat derajat berdasarkan scan pada ultrasound yaitu:

1. Derajat I : plasenta sudah melampaui segmen terendah rahim.
2. Derajat II : plasenta sudah mencapai ostium uteri internum.
3. Derajat III : plasenta terletak pada sebagian ostium uteriinternum.
4. Derajat IV : plasenta telah berada tepat pada segmen bawah rahim.

Menurut Norma, dkk (2013) klasifikasi plasenta previa berdasarkan pembukaan 4 -5 cm yaitu:

1. Plasenta previa sentralis (totalis), apabila pada pembukaan 4-5 cm teraba plasenta menutupi seluruh ostea.
2. Plasenta previa lateralis, apabila pada pembukaan 4-5 cm sebagian pembukaan ditutupi oleh plasenta :
 - a. Plasenta previa lateralis posterior; bila sebagian menutupi ostea bagian belakang.
 - b. Plasenta previa lateralis anterior; bila sebagian menutupi ostea bagian depan.
 - c. Plasenta previa marginalis; bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostea yang ditutupi plasenta.
3. Etiologi dan faktor resiko Plasenta Previa

Menurut Faiz dan Ananth (2003) faktor risiko timbulnya plasenta previa belum diketahui secara pasti namun dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa frekuensi plasenta previa tertinggi terjadi pada ibu yang berusia lanjut, multipara, riwayat seksio sesarea dan aborsi sebelumnya serta gaya hidup yang juga dapat mempengaruhi peningkatan resiko timbulnya plasenta previa.

Menurut Norma (2013), ada beberapa faktor resiko yang berhubungan dengan plasenta previa, diantaranya, usia <20 tahun dan >35 tahun

1) Usia <20 tahun dan >35 tahun

a. Usia < 20 tahun

Usia aman untuk melahirkan dan persalinan adalah 20-35 tahun.

Plasenta previa terjadi pada umur muda karena endometrium belum

sempurna. Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutupi ostium uteri internum. Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih baik yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum.

b. usia >35 tahun

Prevalensi plasenta previa meningkat 3 kali pada umur ibu >35 tahun. Plasenta previa dapat terjadi pada umur diatas 35 tahun karena endometrium yang kurang subur dapat meningkatkan kejadian plasenta previa. Wardana (2007) menyatakan peningkatan umur ibu merupakan faktor risiko plasenta previa, karena pembuluh darah arteri kecil dan arteri *miometrium* menyebabkan aliran darah ke *endometrium* tidak merata sehingga plasenta tumbuh lebih lebar dengan luas permukaan yang lebih besar, untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat.

Menurut Savitri (2020) terdapat beberapa resiko yang dapat dialami wanita hamil yang usianya lebih dari 35 tahun yaitu, Penyakit diabetes gestasional karena wanita hamil di atas usia 35 tahun memiliki risiko terkena penyakit diabetes gestasional yang lebih tinggi karena pengaruh hormon kehamilan sehingga ibu hamil harus mengontrol kadar gula dalam darah. Penyakit hipertensi gestasional (tekanan darah tinggi selama kehamilan), hipertensi gestasional dapat mengurangi suplai darah ke plasenta.

Bayi beresiko dilahirkan *caesar* karena pada usia lebih tua atau di atas 35 tahun meningkatkan resiko ibu menderita komplikasi penyakit saat hamil

sehingga bayi harus dilahirkan dengan operasi *caesar*. Ketidaknormalan kromosom semakin tua usia ibu saat hamil, semakin besar kemungkinan bayi terkena *Down Syndrome*. Keguguran atau kematian saat lahir disebabkan oleh kondisi medis ibu atau kelainan kromosom pada bayi. Resiko ini meningkat seiring dengan bertambahnya usia ibu di atas usia 35 tahun.

2) Paritas

Menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi hidup beberapa kali. *Grandemultipara* adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan

Kejadian plasenta previa 3 kali lebih sering pada wanita multipara. Pada multipara plasenta previa disebabkan oleh vaskularisasi yang kurang dan atrofi desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup sehingga menutupi pembukaan jalan lahir. Pada paritas tinggi, kejadian plasenta previa semakin besar karena keadaan endometrium yang kurang subur (Prawirohardjo, 2006)

3) Riwayat pembedahan rahim

Operasi sesarea yang berulang memungkinkan terjadinya komplikasi. Salah satu komplikasi yang potensial adalah plasenta abnormal, salah satunya yaitu plasenta previa. Resiko melahirkan berkali-kali membuat letak plasenta terlalu dekat dengan leher rahim, sehingga jika leher rahim terbuka dapat menyebabkan keguguran dan perdarahan hebat.

Riwayat persalinan sesarea akan meningkatkan resiko terjadinya plasenta previa yaitu 3,9% lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka 1,9% untuk keseluruhan populasi obstetrik (Cunningham, dkk 2008)

- 4) Jarak persalinan yang dekat < 2 tahun
 - 5) Hipoplasia endometrium
 - 6) Korpus luteum bereaksi lambat
 - 7) Terdapat jaringan parut
 - 8) Riwayat plasenta previa sebelumnya
 - 9) Tumor rahim seperti mioma uteri
 - 10) Kehamilan ganda
 - 11) Merokok
4. Patofisiologi Plasenta Previa

Perdarahan antepartum disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada trimester ketiga karena pada saat itu segmen bawah rahim lebih mengalami perubahan karena berkaitan dengan semakin tuanya kehamilan. Menurut Manuaba (2008), implementasi plasenta di segmen bawah rahim dapat disebabkan :

- a. *Endometrium* di fundus uteri belum siap menerima implantasi
- b. *Endometrium* yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi ke janin.
- c. *Vili korealis* pada *korion leave* (korion yang gundul yang persisten).

Menurut Davood, dkk (2008) sebuah penyebab utama pada perdarahan trimester tiga yaitu plasenta previa yang memiliki tanda khas dengan perdarahan tanpa rasa sakit. perdarahan diperkirakan terjadi dalam hubungan

dengan perkembangan segmen bawah rahim pada trimester tiga. Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah rahim lebih melebar lagi dan serviks mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah rahim, pelebaran segmen bawah rahim dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa diikuti tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus. Pada saat itu mulailah terjadi perdarahan berwarna merah segar,berlainan dengan darah yang disebabkanoleh solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman. Sumber perdarahannya ialah sinus uteri yang robek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah rahim untuk berkontraksi menghentikan perdarahan itu, sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala tiga dengan plasenta yang letanya normal. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi.

5. Diagnosa Plasenta Previa

Untuk menegakkan diagnosa pasti kejadian plasenta previa. Hal-hal yang harus dilakukan menurut Ai yeyeh, dkk. 2010 :

a. Anamnesa

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan >22 minggu berlangsung tanpa nyeri, tanpa alasan terutama pada mutigravida. Perdarahan cenderung berulang apada volume yang lebih banyak dari sebelumnya, perdarahan menimbulkan penyulit pada ibu maupun janin dalam rahim.

b. Inspeksi

Dapat dilihat pada perdarahan yang keluar pervaginam, banyak, sedikit atau darah beku (stolsel). Bila terjadi perdarahan banyak maka ibu terlihat pucat atau anemis.

c. Pemeriksaan Fisik, tekanan darah, nadi dan pernapasan dalam batas normal. Bila tekanan darah, nadi dan pernapasan meningkat maka daerah akral menjadi dingin atau tampak anemis.

d. Pemeriksaan khusus Kebidanan

1). Palpasi abdomen

Janin belum cukup bulan, tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan, bagian terendah janin masih tinggi karena plasenta berada pada segmen bawah rahim. Bila cukup pengalaman bisa dirasakan suatu bantalan pada segmen bawah rahim terutama pada ibu yang kurus.

2). Denyut Jantung janin

Denyut jantung janin bervariasi dari normal menjadi asfiksia dan kemudian kematian dalam rahim.

3). Pemeriksaan Inspekulo

Dengan memakai spekulum secara hati-hati dan dilihat asal perdarahan apakah dari segmen bawah rahim atau kelainan serviks, vagina dan varises pecah.

e. Pemeriksaan Penunjang yaitu *ultrasonografi* (USG)

6. Komplikasi Plasenta Previa

Ada beberapa komplikasi yang bila terjadi pada ibu hamil dengan plasenta previa menurut Manuaba (2008) yaitu :

a. Komplikasi pada ibu

- 1) Dapat terjadi anemi bahkan syok
- 2) Dapat terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh
- 3) Infeksi pada perdarahan yang banyak

b. Komplikasi pada janin

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Prematuritas, morbiditas dan mortalitas yang tinggi
- 3) Asfiksia intauterine sampai dengan kematian

7. Penanganan Plasenta Previa

Menurut Prawirohardjo,2009 plasenta previa dapat ditangani dengan :

- 1) Perdarahan dalam trimester dua atau trimester tiga harus dirawat di rumah sakit. Pasien diminta baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor Rh.pada kehamilan 24 minggu sampai 34 minggu diberikan steroid dalam perawatan antenatal untuk perawatan paru janin.
- 2) Jika perdarahan terjadi pada trimester dua perlu diwanti-wanti karena perdarahan ulangan biasanya lebih banyak. Jika ada gejala hipovolemik seperti hipotensi, pasien tersebut mungkin mengalami perdarahan yang cukup berat, lenih berat dari pada penampakannya secara klinis. Transfusi darah yang banyak perlu segera diberikan.
- 3) Pada kondisi yang terlihat stabil di dalam rawatan di luar rumah sakit, hubungan suami istri dan tumah tangga dihindari kecuali setelah pemeriksaan ultrasonografi ulangan dianjurkan minimal setelah 4 minggu, memperlihatkan ada migrasi plasenta menjauhi *ostiun uteri internum*.

- 4) Perdarahan dalam trimester tiga perlu pengawasan lebih ketat dengan istirahat baring yang lebih lama dalam rumah sakit dan dalam keadaan yang cukup serius untuk merawatnya sampai melahirkan.
- 5) Pada pasien dengan riwayat *secsio sesaria* perlu diteliti dengan *ultrasonografi, color doppler* untuk melihat kemungkinan adanya plasenta akreta, inkreta atau perkreta.
- 6) *Secsio sesaria* juga dilakukan apabila ada perdarahan banyak yang mengawatirkan
- 7) Semua pasien dengan perdarahan pervaginam pada trimester tiga dirawat di rumah sakit tanpa periksa dalam. Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera perbaiki keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah.
- 8) Selanjutnya penanganan plasenta previa bergantung pada keadaan umum pasien, kadar Hb, jumlah perdarahan, umur kehamilan, taksiran janin, jenis plasenta previa dan paritas.

Penanganan pada pasien dengan plasenta previa di lingkungan rumah sakit yaitu :

a. Penanganan Ekspektatif

Kriteria pada penanganan ekspektatif yaitu :

- 1) Usia kehamilan <34 minggu
- 2) Belum ada tanda-tanda inpartu
- 3) Keadaan umum baik
- 4) Perdarahan <200 cc

Rencana penanganan ekspektatif :

- 1) Istirahat tirah baring
- 2) Pemeriksaan darah lengkap
- 3) Pemeriksaan USG
- 4) Infuse D5% atau elektrolit
- 5) Pemberian spasmolitik, kotolitik, raboransia dan plasentrototifik
- 6) Observasi perdarahan, tanda-tanda vital dan denyut jantung janin
- 7) Transfusi darah jika diperlukan

b. Penanganan Aktif

Kriteria untuk penanganan aktif yaitu :

- 1) Usia kehamilan >34minggu
- 2) Perdarahan >200 cc
- 3) Keadaan umum ibu dan janin tidak baik

Rencana penanganan aktif yaitu kolaborasi dengan dokter SpOG untuk dilakukan tindakan *secsio sesaria*. Menurut Wahyuni (2018) dalam persiapan ada singkatan rujukan yang memudahkan untuk menyediakan dan menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan ke pelayanan yang lebih memadai. Singkatan “BAKSOKUDA” dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan, yaitu

- (B) Bidan : Pastikan ibu, bayi, didampingi tenaga kesehatan yang kompeten memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan selama perjalanan merujuk.
- (A) Alat : Bawa peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan (seperti spuit, infus set, tensi meter, stetoskop, oksigen, dan lain sebagainya).

- (K) Kendaraan: Siapkan kendaraan untuk mengantar ke tempat merujuk, kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya.
- (S) Surat : Surat rujukan yang berisi identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obat yang telah diberikan.
- (O) Obat : Bawa obat yang diperlukan seperti obat-obatan essensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
- (K) Keluarga: Mendampingi dan diinformasikan keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk, anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat merujuk.
- (U) Uang : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk persiapan administrasi ditempat rujukan.
- (DA) Darah: Persiapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon pendonor darah dari keluarga yang berjaga- jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi Nifas

Masa nifas dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). (Prawirohaardjo, 2014). Masa nifas di definisikan sebagai periode dengan batasan waktu selama dan tepat setelah melahirkan. Masa ini biasanya mencakup 6 minggu setelah melahirkan

(Cunningham, 2013). Masa nifas adalah masa pemulihan mulai dari persalinan selesai sampai organ kandungan kembali seperti pra hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. (Sofian, 2013)

Nifas merupakan masa dimana keluarnya darah dari rahim yang terjadi setelah melahirkan atau disebut darah nifas yang biasanya berlangsung ± 40 hari. Masa nifas merupakan hal alamiah yang biasa terjadi kepada ibu setelah melahirkan sebagai bentuk pemulihan.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Vivian (2011) lochea merupakan cairan secret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas, lochea pun terbagi menjadi 4 masa yaitu ;

a. Lochea lubra

Tahap pada tiga hari hingga satu minggu pertama. Pada tahap ini, biasanya akan keluar darah segar berwarna merah, bersamaan dengan sisa-sisa jaringan plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium (kotoran bayi saat dalam kandungan).

b. Lochea sanguelenta

Fase ini terjadi selama 1-2 minggu berikutnya, di mana darah yang keluar berwarna merah dan berlendir.

c. Lochea serosa

Tahapan pada masa nifas yang terjadi pada 2 minggu berikutnya. Fase ini akan keluar cairan berwarna kekuningan atau kuning kecokelatan, yang berubah menjadi merah muda.

d. Lochea alba

Fase terakhir yang terjadi pada minggu keenam. Cairan yang keluar berwarna putih dan bening merupakan tahap pemulihan pada masa nifas yang berlangsung.

2.3.3 Perubahan Fisik Dan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas yaitu fungsi menjadi orang tua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

1. Fase *Taking In*

Fase *Taking In* merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a. Kekecewaan pada bayinya.
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d. Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2. Fase *Taking Hold*

Fase *Taking Hold* berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah

tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi, dukungan, pengetahuan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. Fase *Letting Go*

Fase *Letting Go* merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- a. Fisik : Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih.
- b. Psikologi : Dukungan dari keluarga sangat diperlukan.
- c. Sosial : Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian.
- d. Psikososial.

2.3.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Viviana (2011) kebutuhan dasar pada masa nifas yaitu ;

1. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya : memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.

3. Eliminasi

- a. Buang Air Kecil, ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat

berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini penyebab terjadinya kesulitan berkemih pada ibu *postpartum*.

- 1) Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema pada uretra.
- 4) Dinding kandung emih kurang sensitif.

b. Buang Air Besar

Ibu *postpartum* diharapkan dapat buang air besar setelah hari kedua *postpartum*. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pelancar peroral atau perrektal. Jika setelah pemberian obat pelancar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4. *Personal Hygiene*

Pada masa *postpartum*, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

5. Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang biasa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah berikut :

- a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

6. Aktivitas Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri, begitu darah berhenti dengan cara memasukkan satu dua jari ibu kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka hal tersebut aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja.

7. Latihan dan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan di dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya *striae gravidarum* yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi.

- a. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- b. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibunifas dan bayinya.
- c. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
- d. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

2.3.5 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Kemenkes (2010) kebijakan program nasional masa nifas adalah :

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Menurut Kemenkes RI (2020) kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu KF1 pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pasca persalinan, KF2 pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pasca persalinan, KF3 pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan, KF4 pada periode 29 sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pementauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dan meningkatkan cakupan KB pasca bersalin dengan melakukan kunjungan nifas minimal 3 kali dengan ketentuan waktu :

- a. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan

- b. Kunjungan nifas kedua dalam waktu hari ke 4 sampai dengan hari ke 28 setelah persalinan
- c. Kunjungan nifas ketiga dalam waktu hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan

Pelayanan yang diberikan adalah :

- a. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu
- b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uteri)
- c. Pemeriksaan *lochea* dan pengeluaran pervaginam lainnya
- d. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan
- e. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama
- f. Pelayanan KB pasca salin

Adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan (sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan)

2.3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI (2020) menyebutkan tanda bahaya masa nifas yang banyak dijumpai dan patut diwaspadai ;

1. Perdarahan abnormal dari jalan lahir
2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir
3. Bengkak diwajah, tangan, dan kaki atau sakit kepala berlebih dan kejang
4. Demam tinggi lebih dari 2 hari

5. Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit atau bendungan ASI. Menurut Bahiyatun (2009) bendungan ASI adalah pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar yang tidak d kosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi biasanya terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau ke empat dikarenakan,

- a. Posisi mulut bayi dan puting ibu salah saat menyusui
- b. Produksi ASI berlebihan.
- c. Terlambat menyusui.
- d. Pengeluaran ASI yang jarang.
- e. Waktu menyusui yang terbatas

Cara mengatasinya yaitu dengan,

- 1) Susui bayinya semau dia sesering mungkin tanpa jadwal dan tanpa batas waktu.
- 2) Bila bayi sukar menghisap, keluarkan ASI dengan bantuan tangan atau pompa ASI yang efektif.
- 3) Sebelum menyusui untuk merangsang reflek oksitosin dapat dilakukan kompres hangat untuk mengurangi rasa sakit, masase payudara, masase leher dan punggung.
- 4) Setelah menyusui, kompres air dingin untuk mengurangi pembengkakan

6. Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab atau depresi.

2.3.6 Ketidaknyamanan Pada Masa Nifas

Ketidaknyamanan yang dapat terjadi menurut Cuningham,dkk (2013) diantaranya :

1. Belum berkemih

Penanganan pada ibu nifas yang belum berkemih yaitu dengan dirangsang dengan air yang dipercikkan ke daerah kemaluannya. Namun apabila dalam 4 jam PP ibu masih belum juga berkemih maka harus dilakukan kateterisasi.

2. Sembelit

Penanganan pada ibu nifas yang sembelit yaitu dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini yang kaya akan serat.

3. Tidak nyaman pada daerah laserasi

Penanganan pada ibu nifas yang merasa tidak nyaman pada daerah laserasi yaitu setelah 24 jam PP ibu dapat melakukan duduk merendam di air hangat untuk mengurangi rasa tidak nyamannya. Namun apabila terjadi infeksi maka diperlukan pemberian antibiotika dibawah pengawasan dokter.

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi menjadi padat, penanganan untuk hal ini cukup dengan mengompres dengan es secara rutin maka akan mereda dalam beberapa hari.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir angung menangis dan tidak ada kelainan kongenital.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram, langsung menangis, kulit kemerahan dan tonus otot baik (Sondakh, 2013). Masa transisi dari periode fetus ke kehidupan baru lahir merupakan periode kritis karena harus beradaptasi terhadap lingkungan baru, asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut ketika bayi dilahirkan (Prawirohardjo, 2010)

Masa-masa transisi dari fetus ke kehidupan baru lahir merupakan proses adaptasi terhadap lingkungan baru. Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir setelah selang beberapa menit kelahirannya guna memantau keadaan janin. Bayi baru lahir merupakan proses alamiah dari persalinan yang membutuhkan tindakan segera atau asuhan bayi baru lahir segera untuk mendeteksi adanya hal-hal yang mungkin resiko terjadi pada bayi baru lahir.

2.4.2 Ciri-Ciri BBL Normal

Menurut Sondakh (2013) ciri-ciri bayi baru lahir sebagai indikasi bahwa bayi yang baru saja dilahirkan tidak mengalami gangguan kesehatan.

1. Bayi lahir pada usia kehamilan 37 hingga 42 minggu.
2. Berat lahir bayi mencapai 2.500 sampai 4.000 gram.
3. Panjang bayi ketika lahir 48-51 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Warna kulit bayi saat lahir berwarna kemerahan.
6. Tonus otot kuat atau bayi bergerak aktif

7. Terdapat *lanugo* pada dahi
8. Bayi menangis kuat.

2.4.3 Adaptasi BBL Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) Segera setelah lahir, BBL harus beradaptasi dari keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri secara fisiologis. Banyak perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan interna (dalam kandungan Ibu) yang hangat dan segala kebutuhannya terpenuhi O² dan nutrisi ke lingkungan eksterna (diluar kandungan ibu) yang dingin dan segala kebutuhannya memerlukan bantuan orang lain. Saat ini bayi tersebut harus mendapat oksigen melalui sistem sirkulasi pernafasannya sendiri yang baru, mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula yang cukup, mengatur suhu tubuh dan melawan setiap penyakit. Periode adaptasi terhadap kehidupan di luar rahim disebut Periode Transisi. Dua faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi :

- a. Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- b. Tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara kedalam paru-paru secara mekanis. Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler dan susunan syaraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan.

2.4.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) tanda dan gejala sakit berat pada bayi baru lahir dan bayi muda sering tidak spesifik. Tanda ini dapat terlihat pada saat atau sesudah bayi lahir, saat bayi baru lahir datang atau saat perawatan di rumah sakit. Pengelolaan awal bayi baru lahir dengan tanda ini adalah stabilisasi dan mencegah keadaan yang lebih buruk yaitu:

1. Tidak bisa menyusu atau tidak mau menyusu
2. Kejang, demam tinggi
3. Merintih atau tidak sadar
4. Frekuensi napas <20 kali/menit atau apnu (pernapasan berhenti selama >15 detik)
5. Frekuensi napas >60 kali/menit
6. Tarikan dada bawah ke dalam yang kuat
7. Infeksi pada tali pusat seperti kemerahan, berbau, terdapat nanah.

Menurut Nur (2010) normalnya tali pusat berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut atau mengecil dan akhirnya terlepas setelah 7-8 hari.

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Mutmainnah, dkk (2017) saat bayi baru lahir ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, agar bayi tidak terkena infeksi, sebaiknya cuci tangan dengan bersih sebelum menyentuh bayi. Gunakan sarung tangan bersih untuk menangani bayi yang belum dimandikan, semua peralatan yang digunakan selama proses kelahiran harus dibersihkan dengan desinfektan,

biasanya alat-alat yang digunakan, seperti klem, gunting, alat penghisap lendir, dan benang tali pusat.

Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk membalut tubuh bayi dalam keadaan bersih. Setelah mendapat penanganan medis yang benar, bayi harus diletakkan dalam inkubator untuk menjaga suhu tubuhnya, agar tetap hangat. Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dalam presentasi kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37–42 minggu dengan berat badan 2500–4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.

Bayi baru lahir dilakukan perawatan rutin diatas perut ibu segera dilakukan IMD dan dilakukan penilaian selintas yaitu bayi menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, cukup bulan. Inisiasi menyusui dini atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini yaitu merangkak mencari payudara. Menurut Nur Sitepoe, M. (2013) ASI Eksklusif mengandung zat gizi yang dibutuhkan tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah berbagai penyakit infeksi, mencegah kehamilan, meningkatkan daya tahan tubuh.

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Varney (2010) Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah,

penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan terfokus pada klien. Dokumentasi yang dilakukan dalam catatan terintegrasi berbentuk catatan perkembangan yang ditulis berdasarkan data subjektif (S), data objektif (O), Analisa Data (A) dan Planning atau perencanaan (P) SOAP dilaksanakan pada saat tenaga kesehatan menulis penilaian ulang terhadap pasien rawat inap atau saat visit pasien. SOAP di tulis dicatatan terintegrasi pada status rekam medis pasien rawat inap, sedangkan untuk pasien rawat jalan SOAP di tulis di dalam status rawat jalan pasien.

- a. S (*Subjective*) Subyektif adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan dari anamnesa (auto anamnesa atau aloanamnesa). Lakukan anamnesa untuk mendapatkan keluhan pasien saat ini, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga. Kemudian tuliskan pada kolom S.
- b. O (*Objective*) Objektif adalah hasil pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan tandatanda vital, skala nyeri dan hasil pemeriksaan penunjang pasien pada saat ini. Lakukan pemeriksaan fisik dan kalau perlu pemeriksaan penunjang terhadap pasien, tulis hasil pemeriksaan pada kolom O.
- c. A (*Assesment*) Penilaian keadaan adalah berisi diagnosis kerja, diagnosis diferensial atau problem pasien, yang didapatkan dari menggabungkan penilaian subyektif dan obyektif. Kesimpulan dalam bentuk suatu diagnosis kerja, diagnosi differensial, atau suatu penilaian keadaan berdasarkan hasil S dan O. Isi di kolom A .

- d. P (*Plan*) rencana asuhan adalah berisi rencana untuk menegakan diagnosis (pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan untuk menegakkan diagnosis pasti), rencana terapi (tindakan, diet, obat-obat yang akan diberikan), rencana monitoring (tindakan monitoring yang akan dilakukan, misalnya pengukuran tensi, nadi, suhu, pengukuran keseimbangan cairan, pengukuran skala nyeri) dan rencana pendidikan (misalnya apa yang harus dilakukan, makanan apa yang boleh dan tidak, bagaimana posisi).

Tuliskan rencana diagnostik, rencana terapi / tindakan, rencana monitoring, dan rencana edukasi Dokumentasi yang terintegrasi dapat dijadikan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan multidisiplin yang ada diruangan rawat inap. Dokumentasi yang dikatakan lengkap apabila pencatatan yang dilakukan oleh dokter, perawat, farmasi dan nutrisisionis jika sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga mampu melindungi tenaga kesehatan terhadap permasalahan hukum yang terjadi.

Tatalaksana Dokumentasi Proses Asuhan terintegrasi

1. Anamnesis (Pengkajian)

- a. Tenaga medis mengisi assesmen pasien dimulai dari keluhan saat ini dengan kaidah PQRST, pemeriksaan fisik, data social budaya dan spiritual serta hasil penunjang diagnostik.
- b. Bila tenaga medis belum lengkap dalam mengisi assesmen pasien dapat dilakukan oleh tenaga perawat atau bidan yang harus selesai 12-24 jam pertama.

c. Anamnesa ulang untuk tim mengisi pada masing-masing kolom rekam medis : untuk dokter mengisi pada kolom profesi dokter yang diawali dengan menulis A : baru mengisi assesmen, untuk tenaga perawat atau bidan diawali menulis S: sebagai data subyektif hasil dari keluhan pasien dan O: sebagai data obyektif dengan mengisi berdasarkan pemeriksaan fisik dan data diagnostik

2. Penegakan Diagnosa

- a. Setelah selesai melakukan assesmen pasien maka tenaga medis menegakkan diagnosa berdasarkan tanda dan gejala yang abnormal dari hasil pemeriksaan yang ditulis dalam rekam medis yang sudah disediakan.
- b. Tenaga perawat menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang menyimpang dari normal dari data subyektif dan data obyek dengan kaidah Patologi, etiologi yang ditulis dalam rekam medis yang sudah disediakan.
- c. Diagnosa ulang ditulis dalam masing-masing kolom rekam medis sesuai dengan profesi tim: dokter diawali menulis D: kemudian tulis diagnosa bisa tetap atau diagnose baru, untuk tenaga perawat atau bidan ditulis A: isi diagnosa baru atau tetap.
- d. Perencanaan dalam asuhan Perencanaan asuhanan ditulis dalam kolom perencanaan yang terintergrasi dari beberapa tim profesi yaitu medis, perawat atau bidan.

- e. Dokter mengisi perencanaan *therapy* dalam bentuk intruksi
 - f. Perawat atau bidan mengisi rencana asuhan berasal dari assesmen yang direncanakan dalam asuhan perawatan mandiri ditambah dengan kolaborasi dan koordinasi
 - g. Nutrisi menyusun perencanaan dari hasil assesmen dan instruksi medis tentang nilai gizi yang harus diberikan kepada pasien
 - h. Farmasi menyusun perencanaan berdasarkan assesmen dan intruksi medis dalam pemberian obat
 - i. Dalam pengisian perencanaan sebaiknya menggunakan kalimat perintah
3. Perencanaan lanjutan tim mengisi pada masing-masing profesi: dokter mengisi I (intruksi) kemudian diisi apa yang direncanakan, untuk perawat atau bidan, nutrisi dan farmasi diawali menulis P (plan) baru isi perencanaan lanjutannya Implementasi ditulis dalam kolom rekam medis masing-masing profesi tentang pengisian implementasi
- a. Dokter, perawat atau bidan, nutrisi dan farmasi mengisi implementasi langsung diisikan dalam rekam medis setelah selesai tindakan pada kolom implementasi dengan ditambah waktu tindakan dan paraf sebagai bukti telah melaksanakan.
 - b. Penulisan implementasi sebaiknya menggunakan kalimat aktif

- c. Evaluasi Pengisian evaluasi dalam rekam medis adalah hasil dari evaluasi perencanaan dan implementasi yang sudah dilakukan oleh masing-masing profesi dan ditanyakan kembali kepada pasien dan keluarga pasien tentang keluhan yang dirasakan sebagai data subyektif dan diperiksa baik fisik maupun penunjang diagnostic sebagai data obyektif kemudian tim mendiskusikan.
- d. Dokter Penanggung jawab bersama tim profesi perawat, nutritionis dan farmasi mendiskusikan hasil perkembangan atas tindakan yang sudah dilakukan
- e. Hasil diskusi ditulis dalam rekam medis dapat berupa asuhan dihentikan atau dilanjutkan dengan dibuatkan perencanaan baru
- f. Memberikan Informasi Perkembangan Keadaan pasien kepada pasien dan keluarga Tim memberikan informasi tentang perkembangan pasien tersebut baik pada pasien maupun pada keluarga, dilakukan bisa sambil visite atau dipanggil keluarga pasiennya pada ruangan tertentu bila informasi perlu dirahasiakan pada pasien.

2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan keputusan menteri kesehatan
No.938/Menkes/SK/VIII/2007

1. Pengertian standar asuhan kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

a. Standart I : pengkajian

1) Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, lengkap dan relevan dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria pengkajian

a) Data tepat, lengkap dan akurat

Yang terdiri dari data subyektif yaitu hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya.

b) Data obyektif yaitu hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang .

b. Standar II : perumusan diagnosa atau masalah kebidanan.

1) Menganalisa data yang dipeoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa.

2) Kriteria perumusan diagnosa

a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

b) Masalah dirumuskan sesuai dengn klien

- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri dan rujukan.

c. Standar III : perencanaan

1) Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria perencanaan

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan kebidanan komprehensif

- b) Melibatkan klien atau keluarga

- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien atau keluarga

- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya dan fasilitas yang ada

d. Standar IV : implementasi

1) Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk hidup bio-psiko-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
- c) Melaksanakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan klien dalam setiap tindakan.
- e) Menjaga privasi klien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. Standar V : evaluasi

1) Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- b) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- c) Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien.

f. Standar IV : pencatatan asuhan kebidanan

1) Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia pada rekam medis, KMS, status klien atau buku KIA
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c) S adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa
- d) O adalah hasil obyektif, mencatat hasil pemeriksaan .
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, kolaborasi, evaluasi, atau *follow up* dan rujukan.