

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Pijat Perineum

Perineum adalah area kulit antara liang vagina dengan anus (dubur) yang dapat robek ketika melahirkan atau sengaja digunting guna melebarkan jalan keluar bayi (episiotomi). Perineum itu terletak antara vulva dan anus yang panjangnya rata-rata 4 cm. Perineum adalah area kulit dan otot di antara anus dan vagina yang menyokong organ internal rongga panggul dan dapat meregang untuk memfasilitasi kelahiran bayi. Ketika kepala bayi menyembul di vagina, perineum dengan sendirinya meregang untuk memberi jalan keluar bayi.

Pijat perineum adalah salah satu cara yang paling kuno dan paling pasti untuk meningkatkan kesehatan, aliran darah, elastisitas, dan relaksasi otot-otot dasar panggul. Pijat perineum dapat melunakkan jaringan bagian dalam dari bagian bawah vagina, sehingga jaringan tersebut akan membuka tanpa resistensi saat persalinan untuk mempermudah lewatnya bayi. Saat semua otot-otot itu menjadi elastis, ibu tidak perlu mengejan terlalu keras, cukup pelan-pelan saja. Bahkan, bila prosesnya lancar robekan pada perineum tidak terjadi dan vagina tidak perlu dijahit (tetap utuh).

2. Manfaat Pijat Perineum

Pijat perineum mempunyai berbagai manfaat yang bertujuan untuk mengurangi risiko kejadian trauma di saat melahirkan. Berikut ini beberapa manfaat pijat perineum, yaitu:

- a. Menstimulasi aliran darah ke perineum yang akan membantu mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.
- b. Membantu ibu lebih santai saat pemeriksaan vagina (*vaginal touching*).

- c. Membantu menyiapkan mental seorang ibu akan tekanan dan regangan perineum di saat kepala bayi akan keluar.
- d. Menghindari kejadian episiotomi atau robeknya perineum di kala melahirkan dengan meningkatkan elastisitas perineum.
- e. Pemijatan perineum juga selain dapat mengurangi robekan perineum dan resiko episiotomi, dapat mengurangi penggunaan alat bantu persalinan lainnya.
- f. Ibu tidak perlu mengejan terlalu keras, cukup pelan-pelan saja. Bahkan bila prosesnya lancar, robekan pada perineum tidak terjadi.

3. Waktu Pemijatan Perineum

Waktu pemijatan perineum sebaiknya mulai dilakukan sekitar 4-6 minggu sebelum waktu melahirkan atau pada minggu ke 34 kehamilannya. Pemijatan perineum akan lebih baik dilakukan pada wanita hamil dengan usia dibawah 30 tahun, dan sangat dianjurkan pada perineum yang kaku serta ibu primigravida karena jaringan di vagina lebih padat dibanding multigravida.

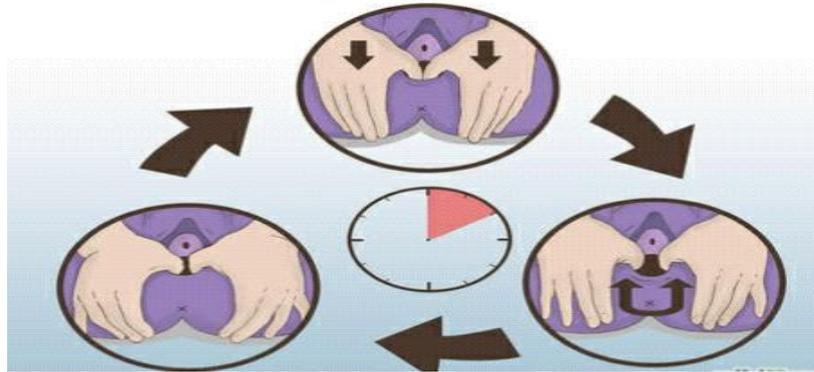
Pemijatan perineum dapat dilakukan oleh petugas kesehatan saat melakukan kunjungan ANC (*Ante Natal Care*), bahkan dapat dilakukan sendiri oleh ibu dengan bantuan cermin atau bisa juga dibantu oleh suami.

Pemijatan perineum dapat dilakukan 5-6 kali seminggu secara rutin, pada minggu pertama dapat dilakukan selama 3 menit dan pada minggu seterusnya dapat dilakukan selama 5-10 menit. Pemijatan perineum sangat dianjurkan pada 2 minggu menjelang persalinan dan dilakukan setiap hari. Selain itu, setiap sebelum melakukan pemijatan tangan dan daerah genitalia ibu harus dicuci bersih dan kuku dipotong pendek.

Pemijatan perineum tidak dapat dilakukan pada wanita yang belum pernah melakukan hubungan seks, ibu hamil dengan masalah pada vagina (infeksi herpes aktif di daerah vagina, infeksi saluran kemih, infeksi jamur, atau infeksi menular yang dapat menyebar dengan kontak langsung dan memperparah penyebaran infeksi). Selain itu, pemijatan perineum juga harus dihentikan ketika kantung ketuban mulai pecah dan/ cairan ketuban

mulai keluar atau pada saat proses persalinan sudah dimulai (keluarnya tanda-tanda persalinan).

4. Cara Melakukan Pemijatan Perineum



Gambar 2.1 Teknik Pijat Perineum (Sumbe: Puniki Menawi)

a. Peralatan yang Dibutuhkan

- 1) Minyak pijat hangat, misalnya minyak esensial khusus untuk persalinan. Pilihlah yang tanpa aroma dan konsentrasi bahan-bahannya yang tepat sehingga aman digunakan (misal : *Organic labour massege oil*, minyak gandum yang kaya vitamin E, *Virgin Coconut Oil/ VCO*, atau pelumas dengan larutan dasar air seperti jelly K-Y). Jangan menggunakan *baby oil*, minyak larutan mineral, *jelly petroleum*, *hand lotion*, dan minyak yang beraroma Berikut jenis minyak esensial yang umum digunakan dalam persalinan.

a) *Sweet Almond* dan *Apricot Kernel*

Minyak jenis ini merupakan *base oil* murni dan ringan, berperan sebagai *emollient* untuk melembutkan dan menghaluskan kulit dalam pemijatan.

b) Minyak biji bunga matahari

Minyak biji bunga matahari ini berperan sebagai *emollient* untuk membentuk lapisan pelindung kulit.

c) *Lavender Essential Oil*

Lavender Essential Oil dikenal memberi efek yang menyegarkan, memperkuat, menghidupkan, dan menenangkan.

d) *Sweet Marjoram Essential Oil*

Minyak ini dapat meredakan sakit pada persalinan dan meningkatkan sirkulasi dengan cara melebarkan pembuluh darah.

e) *Clary Sage*

Clary Sage dikenal luas untuk menaikkan semangat ibu dalam menjalani persalinan karena dapat melancarkan kontraksi yang efektif.

- 2) Jam untuk menunjukkan waktu pijatan.
- 3) Beberapa bantal agar posisi ibu lebih nyaman.
- 4) Cermin (jika diperlukan).

b. Posisi Ibu

Jika ibu melakukan pijatan sendiri, posisinya adalah berdiri dengan satu kaki diangkat dan di taruh di tepi bak mandi atau kursi. Menggunakan ibu jari untuk memijat.

Jika dipijat, posisi ibu sebaiknya setengah berbaring. Sangga punggung, leher, kepala, dan kaki dengan bantal. Regangkan kaki (posisi litotomi), kemudian taruh bantal dibawah setiap kaki. Gunakan jari tengah dan jari telunjuk untuk memijat.

c. Petunjuk Umum

- 1) Pertama kali, menggunakan cermin untuk mengidentifikasi daerah perineum.
- 2) Jika ibu merasa tegang, persilahkan ibu mandi dengan air hangat atau kompres hangat daerah perineum selama 5-10 menit.
- 3) Jika ibu memiliki luka bekas episiotomi pada persalinan sebelumnya, maka memfokuskan pijatan pada daerah tersebut. Jaringan parut bekas luka akibat episiotomi atau robekan perineum menjadi tidak begitu elastis, sehingga memerlukan perhatian yang ekstra.

d. Teknik yang Dapat Diterapkan untuk Pijat Perineum

- 1) Mencuci tangan sebelum tindakan dan memastikan kuku pijat tidak panjang.

- 2) Berbaring dengan posisi yang nyaman. Beberapa ibu ada yang berbaring miring menggunakan bantal untuk menyangga kaki mereka. Ada yang menggunakan posisi semi litotomi atau posisi mengangkang. Jika pemijatan dilakukan saat berdiri, dapat meletakkan kaki satu di kursi dan kaki yang lain berada sekitar 60-90 cm dari kursi.
- 3) Ibu dapat menggunakan cermin untuk mengetahui daerah perineum tersebut.
- 4) Menggunakan minyak kelapa atau *sweet almond* dan melakukan pemijatan sebelum mandi pagi atau sore.
- 5) Menarik napas dalam dan rileks, lali dengan hati-hati dan tetap yakin memulai pijatan daerah tersebut.
- 6) Meletakkan satu atau kedua ibu jari (atau jari lainnya) sekitar 2-3cm maksimal 7cm di dalam vagina dengan posisi ditekuk, sementara jari lainnya berada di luar. Menekan ke bawah kemudian menyamping pada saat yang bersamaan dan perlahan-lahan meregangkan daerah tersebut secara maksimal.
- 7) Menahan jari pada posisi tersebut selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu terasa. Perhatian agar tidak terlalu keras, karena dapat mengakibatkan pembengkakan pada jaringan perineum.
- 8) Tetap menekan daerah pijatan dan perlahan pijat ke depan ke belakang melewati separuh terbawah vagina, melakukan selama 3-5 menit pada pemijatan awal dan terus berkembang 5-10 menit pada pemijatan selanjutnya.
- 9) Menghindari pembukaan saluran kemih, karena dapat mengakibatkan iritasi. Kemudian memijat ke arah luar perineum dengan gerakan seperti proses kepala bayi pada saat akan lahir.
- 10) Setelah selesai melakukan pemijatan, mengompres air hangat pada daerah tersebut selama 10 menit secara perlahan dan hati-hati. Kompres hangat ini dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga otot di daerah perineum tidak kendur (tidak berkontraksi/tegang).

5. Diagnosis Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40). (*Ilmu Kebidanan, 2014:213*)

Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan adalah sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

- 2) Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin kurang dari 1.000 gr bila berakhir disebut keguguran (abortus).
- 3) Usia kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas, berat janin kurang dari 2.499 gr
- 4) Usia kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut aterm, berat janin di atas 2.500 gr.
- 5) Usia kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau postmaturnitas (persalinan serotinus)

Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu triwulan pertama (0 sampai 12 minggu), triwulan kedua (13 sampai 28 minggu), dan triwulan ketiga (29 sampai 42 minggu). (*Manuaba, 2010:166*)

6. Uji Hormonal Kehamilan

Uji kehamilan didasarkan pada adanya produksi hormon korionik gonadotropin (hCG) oleh sel-sel sinsiotrofoblas pada awal kehamilan. Hormon ini diekskresikan ke dalam sirkulasi ibu hamil dan diekskresikan melalui urin. Human Chorionic Gonadotropin (hCG) dapat dideteksi pada sekitar 26 hari setelah konsepsi dan peningkatan ekskresinya sebanding meningkatnya usia kehamilan diantara 30-60 hari. Produksi puncaknya adalah pada usia kehamilan 60-70 hari dan kemudian menurun secara

bertahap dan menetap hingga akhir kehamilan setelah usia kehamilan 100-130 hari. (*Ilmu Kebidanan, 2014:215*)

7. Konsepsi (Fertilisasi) dan Nidasi (Implantasi)

a. Konsepsi atau Fertilisasi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini. Keseluruhan proses tersebut merupakan matarantai fertilisasi atau konsepsi.

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.
- c. Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusids.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia.ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi, yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa melanjutkan perjalanan menuju tuba falopi. Spermatozoa hidup selama tiga hari genitalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yg telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik: hialuronidase. Melalui “stomata” spermatozoa memasuki ovum. Setelah kepala spermatozoa masuk ke dalam ovum,ekornya lepas dan tertinggal di luar. Kedua intii ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot. (*Manuaba, 2010:79*).

b. Nidasi atau Implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut trofoblas, yaitu mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan.

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. (Ummi, 2011:38)

8. Perubahan Fisiologi pada Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh di bawah ini.

a. Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya sebesar 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi sebesar 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut **tanda Hegar**. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan

kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan terba lebih besar. (Manuaba, 2010:85)

Tabel 2.1 TFU menurut Penambahan per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)

(Sumber: Sulistyawati, 2013:60)

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen 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. (Ilmu Kebidanan, 2014:177)

c. Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron. (Sulistyawati, 2013:61).

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai

terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. (Manuaba, 2010:92)

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. (Prawirohardjo, 2014:178)

d. Vagina

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. (Prawirohardjo, 2014:178)

e. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut.

- 1) Estrogen, berfungsi:
 - a) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara
 - b) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar
 - c) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara
- 2) Progesteron, berfungsi:
 - a) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi
 - b) Meningkatkan jumlah sel asinus
- 3) Somatomamotrofin, berfungsi:
 - a) Memengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin

- b) Penimbunan lemak di sekitar alveolus payudara
- c) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan
(Manuaba, 2010:92)

f. Sistem kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut sebagai curah jantung (*cardiac output*) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan *decompensate cordis*.

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama persalinan, curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan curah jantung menurun sampai 15-25% di atas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali ke batas kehamilan. (Sulistyawati, 2013:61)

g. Sistem respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O_2 . Di samping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% daripada biasanya. (Manuaba, 2010:93)

h. Sistem pencernaan

Oleh karena pengaruh esterogen, pengeluaran asam lambung meningkat dan dapat menyebabkan:

- a) Pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*)

- b) Daerah lambung terasa panas
- c) Terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari, yang disebut *morning sickness*
- d) Muntah, yang terjadi disebut *emesis gravidarum*
- e) Muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, disebut *hiperemesis gravidarum*
- f) Progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi. (Manuaba, 2010:93)

i. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin taunya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. (Prawirohardjo, 2014:185)

j. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan pada deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang. (Manuaba, 2010:94)

k. Perubahan metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5-18 kg.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg,

sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. (Prawirohardjo, 2014:180)

Menurut Depkes RI (2006), kenaikan normal bagi ibu hamil sebesar 7-12 kg. Bertambahnya berat karena hasil konsepsi yaitu janin, plasenta, dan cairan amnion. Selain itu alat-alat reproduksi ibu seperti rahim dan payudara membesar, volume darah bertambah selain lemak tubuh yang meningkat.

Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

Jaringan dan Cairan	10 Minggu	20 Minggu	30 Minggu	40 Minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstraseluler	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

Dikutip dari Cunningham (2005), dalam prawirohardjo 2014:180

1. Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif 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 oubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan. (Prawirohardjo, 2014:186).

9. Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahapan sebagai berikut:

a. Tahap antisipasi

Dalam tahap ini wanita akan mengawali adaptasi perannya dengan merubah peran sosialnya melalui latihan formal (misalnya kelas-kelas kehamilan) dan informal melalui model peran.

b. Tahap Honeymoon (menerima peran, mencoba menyesuaikan diri)

Pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri

c. Tahap Stabil (Bagaimana mereka dapat melihat penampilan dalam peran)

Tahap sebelumnya mengalami peningkatan sampai ia mengalami suatu titik stabil dalam penerimaan peran barunya. Ia akan melakukan aktivitas-aktivitas yang bersifat positif dan berfokus untuk kehamilannya seperti mencari tahu tentang informasi seputar persiapan kelahiran

d. Tahap Akhir (Perjanjian)

Meskipun ia sudah cukup stabil dalam menerima perannya, namun ia tetap mengadakan “perjanjian” dengan dirinya sendiri untuk sedapat mungkin menepati janji mengenai kesepakatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir kelak.

Berikut perubahan psikologis pada ibu hamil dari trimester I sampai dengan trimester III:

a. Perubahan Psikologis Trimester I (Periode Penyesuaian)

- 1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- 2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan
- 3) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil.

- 4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama
 - 5) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan
- b. Perubahan Psikologis Trimester II (Periode Kesehatan yang Baik)
- 1) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
 - 2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
 - 3) Merasakan gerakan anak.
 - 4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
 - 5) Libido meningkat.
 - 6) Menuntut perhatian dan cinta.
 - 7) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
 - 8) Hubungan social meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
 - 9) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.
- c. Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian dengan Penuh Kewaspadaan)
- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
 - 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
 - 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
 - 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
 - 5) Merasa sedih karena akan pisah dengan bayinya.
 - 6) Merasa kehilangan perhatian.
 - 7) Perasaan mudah terluka (sensitif).
 - 8) Libido menurun. (Sulistyawati, 2012: 75-77)

10. Edukasi Kesehatan Bagi Ibu Hamil

Tidak semua ibu hamil dan keluarganya mendapat pendidikan dan konseling kesehatan yang memadai tentang kesehatan reproduksi, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas. Beberapa informasi penting yang harus disampaikan adalah sebagai berikut.

a. Nutrisi yang adekuat

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan edema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

4) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua.

5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang diperlukan ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil. (Prawirohardjo, 2014:285)

Tabel 2.3 Kebutuhan Gizi Wanita Hamil

Zat Gizi	Kebutuhan penambahan untuk wanita hamil (dari kebutuhan wanita dewasa)	Contoh jenis makanan
Energi	285 kkal	Nasi, roti, mie, ubi, jagung, kentang, tepung dll
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, kacang-kacangan, tahu, tempe
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau, kacang-kacangan kering
Zat besi	30 mg	Daging, hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun pepaya, daun katuk

b. Perawatan payudara

Payudara perlu disiapkan sejak sebelum bayi belum lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat dioerlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada puting

susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. (Prawirohardjo, 2014:286)

c. Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis. (Prawirohardjo, 2014:287)

d. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut. (Prawirohardjo, 2014:287)

11. Asuhan Kehamilan Normal

Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara 14-28 minggu)

- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Tabel di bawah ini memberikan garis-garis besarnya.

Tabel 2.4 Informasi Penting dalam Kunjungan Antenatal

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester pertama	Sebelum minggu ke 14	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti di atas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui protein uria).
Trimester ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti di atas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester ketiga	Setelah 36 minggu	Sama seperti di atas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

Ibu hamil tersebut harus lebih sering dikunjungi jika terdapat masalah, dan ia hendaknya disarankan untuk menemui petugas kesehatan bilamana ia merasakan tanda-tanda bahaya atau jika ia merasa khawatir. (Saifuddin, 2010)

12. Kebutuhan Psikologis

Kehamilan dianggap sebagai waktu krisis yang diakhiri dengan kelahiran bayi. Selama kehamilan kebanyakan ibu mengalami perubahan psikologis dan emosional. Perubahan psikologis dan emosional ini tampaknya berhubungan dengan perubahan biologis yang dialami ibu selama kehamilan. Emosi ibu hamil cenderung labil. Reaksi yang ditunjukkan terhadap kehamilan dapat saja berlebihan dan mudah berubah-ubah.

Ibu hamil sangatlah sensitif dan rapuh. Banyak ketakutan yang muncul akan bahaya yang mungkin saja terjadi pada diri ibu maupun janinnya. Ketakutan yang tidak mendasar ini mungkin disebabkan oleh perubahan yang terjadi pada tubuhnya tampaknya tidak bisa ia kendalikan dan proses hidupnya berubah tidak dapat dikembalikan lagi. Inilah saat ibu hamil memerlukan saran, dorongan, pengarahan, dan bantuan dari orang-orang sekitarnya. (Ai Yeyeh Rukiyah, 2009:63)

Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menjaga mental atau psikologis ibu selama masa kehamilan, yaitu:

a. Dukungan keluarga

Ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada suatu situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir.

Dukungan keluarga juga merupakan andil yang besar dalam menentukan status kesehatan ibu. Jika seluruh keluarga mengharapkan kehamilan, mendukung bahkan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal, maka ibu hamil akan merasa lebih percaya diri, lebih bahagia dan siap dalam menjalani kehamilan, persalinan, dan masa nifas. (Asuhan Kebidanan Kehamilan Terkini, 2017:65)

b. Perasaan aman dan nyaman selama kehamilan

Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Kondisi psikologis yang dialami oleh ibu akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Tingkat kepercayaan ibu dan keluarga juga sangat memengaruhi kelancaran proses persalinan.

Untuk menciptakan rasa nyaman dapat ditempuh dengan senam untuk memperkuat otot-otot, mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri punggung akibat janin, mengatur berbagai sikap tubuh untuk meredakan nyeri dan pegal, sikap berdiri yang membuat bayi leluasa, melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran dan menenangkan tubuh, melakukan relaksasi sentuhan, teknik pijatan. (Ai Yeyeh Rukiyah, 2009:134)

c. Persiapan menjadi orang tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya.

Peristiwa ini membuat pasangan suami istri berubah status menjadi orangtua dan mengalami berbagai kejadian berarti dalam hidupnya. Kegembiraan dan kesedihan akan lebih mempererat hubungan diantara keduanya. (Ai Yeyeh Rukiyah, 2009:138)

d. Dukungan dari tenaga kesehatan

Bagi seorang ibu hamil, tenaga kesehatan khususnya bidan memiliki tempat tersendiri dalam dirinya. Harapan pasien adalah bidan dapat dijadikan sebagai teman terdekat di mana ia dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Posisi ini akan sangat efektif sekali jika bidan dapat mengembangkan kemampuannya dalam menjalin hubungan yang baik dengan pasien.

Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan. Menganjurkan latihan fisik seperti senam hamil untuk memperkuat otot-otot dasar panggul, melatih pernapasan, teknik mengedan yang baik dan latihan-latihan relaksasi. Dengan memberikan dukungan mental dan penjelasan tentang kebahagiaan akan mempunyai anak yang diinginkan dan dinantikan akan memperkuat pengaruh yang positif. (Ai Yeyeh Rukiyah, 2009:133)

13. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam pada hamil muda dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik, mola hidatidosa. Sedangkan perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi lahir. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai rasa nyeri. Jenis-jenis perdarahan ini dapat disebabkan karena adanya plasenta previa dan solutio plasenta. (Hanni, 2010: 106)

b. Sakit Kepala Hebat dan Menetap

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

c. Penglihatan Kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan kabur karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual yang

mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan yang kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre eklamsi.

d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

e. Keluar cairan pervaginam

Harus dapat dibedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum.

f. Gerakan janin tidak terasa

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

g. Nyeri Perut yang hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu

makin lama makin memburuk, dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.

(Sulistyawati, 2013: 163-176)

14. Persiapan Persalinan (P4K)

Menjelang masa persalinan, ibu dan keluarga perlu mengetahui dan menyiapkan segala keperluan menjelang masa persalinannya. Berikut ini beberapa hal yang perlu dipersiapkan untuk persalinan, yaitu:

- a. Biaya dan penentu tempat serta penolong persalinan.
- b. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan apabila terjadi suatu komplikasi yang membutuhkan rujukan.
- c. Pendorong darah yang memiliki golongan darah sama dengan ibu yang akan bersalin dan bersedia mendonorkan darahnya jika diperlukan.
- d. Baju ibu dan bayi beserta perlengkapan lainnya.
- e. Surat-surat fasilitas kesehatan misalnya KTP, kartu keluarga, ASKES/ jaminan kesehatan dari tempat kerja/ kartu sehat, dll.
- f. Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya jika bukan persalinan yang pertama).

Selain beberapa hal diatas, yang tak kalah penting untuk dipersiapkan adalah pemahaman akan tanda-tanda persalinan :

- a. Rasa sakit atau mulas diperut dan menjalar keperut bagian bawah sampai ke pinggang bagian belakang.
- b. Adanya pengeluaran pervagina berupa sekret yang berwarna merah muda disertai lendir.
- c. Kadang dijumpai pengeluaran air ketuban yang secara spontan.

(Buku KIA, 2017)

15. Pelayanan Kesehatan Pada Ibu Hamil

Standar pelayanan yang harus diperoleh oleh ibu hamil dengan **10T** yaitu sebagai berikut :

a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan(**T1**)

Timbang Berat Badan : Berat badan ibu hamil harus diperiksa pada tiap kali kunjungan. Sejak bulan ke 4, penambahan BB minimal 1 kg/bulan dan maksimal 2 kg perbulan.

Ukur Tinggi Badan : Tinggi badan diperiksa hanya pada kunjungan pertama (K1) untuk mengetahui adanya faktor resiko untuk panggul sempit.

b. Ukur Lingkar Lengan Atas (**T2**)

Lingkar Lengan Atas (LiLA) diukur hanya pada saat kunjungan pertama (K1).Pengukuran ini untuk menentukan status gizi ibu hamil. LILA ibu hamil <23,5 cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis.

c. Ukur Tekanan Darah (**T3**)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan.TD normal jika sistole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. TD tinggi bila sistole >140 mmHg atau diastole >90 mmHg, dimana merupakan faktor resiko untuk Hipertensi dalam Kehamilan.

d. Ukur Tinggi Fundus Uteri (**T4**)

Tinggi fundus uteri harus diukur tiap kali kunjungan sejak kehamilan berusia 4 bulan, penambahan tinggi fundus harus sesuai dengan usia kehamilan, bila tidak sesuai maka lakukan Tes Laboratorium yang dibutuhkan. Cara pengukuran TFU dengan cm bisa pula membantu pengukuran perkiraan berat janin, dengan rumus dari Johson Tausack:

$$TBJ = (\text{tinggi fundus uteri (cm)} - N) \times 155$$

Ket. : N = 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul.

N = 12 bila kepala masih berada di atas spina iskiadika.

N = 11 bila kepala masih berada di bawah spina iskiadika.

e. Tentukan Presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (**T5**)

Presentasi janin dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak panggul, panggul sempit, atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

f. Tes Laboratorium (**T6**)

Tes laboratorium yang wajib dilakukan bagi ibu hamil adalah tes hemoglobin darah (Hb) untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia dan golongan darah ibu untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan nanti. Untuk daerah endemis malaria, setiap ibu hamil wajib diperiksa darah (RDT/Mikroskopis).

g. Berikan Tablet Tambah Darah (**T7**)

Tablet Tambah Darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah selama kehamilan.

h. Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (**T8**)

Sebelum imunisasi diberikan sebaiknya sebelumnya dilakukan skrining Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada ibu hamil dan berikan imunisasi sesuai status imunisasi tersebut. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.5 Skrining imunisasi TT

Riwayat Imunisasi Ibu Hamil	Imunisasi yang Didapat	Status imunisasi
Imunisasi lengkap	DPT Hb1 DPT Hb2 DPT Hb3	TT1 & TT2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	TT3
Kelas 2 SD	Td	TT4
Kelas 3 SD	Td	TT5
Calon pengantin	TT	Jika ada status TT di atas yang tidak terpenuhi lanjutkan urutan TT yang belum terpenuhi perhatikan interval pemberian.
Ibu hamil		

Tabel 2.6 Interval dan Masa Perlindungan TT

	Imunisasi	Waktu pemberian	Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	1 tahun setelah T4	15 tahun

i. **Tata Laksana Kasus (T9)**

Apabila dari pemeriksaan ditemukan faktor resiko segera lakukan rujukan.

j. **Temu Wicara/Konseling (T10)**

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai hamil sampai dengan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi serta KB paska persalinan. (Kemenkes RI, 2014)

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

1. PERMENKES RI No. 28 TAHUN 2017

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu;
- 2) Pelayanan kesehatan anak; dan
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

- 1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf (a) diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - (a) Konseling pada masa sebelum hamil;
 - (b) Antenatal pada kehamilan normal;
 - (c) Persalinan normal;
 - (d) Ibu nifas normal;
 - (e) Ibu menyusui; dan
 - (f) Konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
 - (a) Episiotomi;
 - (b) Pertolongan persalinan normal;
 - (c) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - (d) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
 - (e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
 - (f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - (g) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;

- (h) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- (i) penyuluhan dan konseling;
- (j) bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- (k) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

2. Standar Pelayanan Kebidanan

a) Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

b) Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung dengan normal. Bidan juga harus mengenali kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

c) Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ke tiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

C. Hasil Penelitian Terkait

Berdasarkan jurnal kesehatan Yetti Anggraini dan Martini (Vol. VI No. 2, Oktober 2015) yang berjudul “Hubungan Pijat Perineum dengan Robekan Jalan Lahir Pada Ibu Bersalin Primipara di BPM Kecamatan Metro Selatan Kota Metro” menerangkan bahwa berdasarkan hasil uji bivariat yaitu hasil analisis bivariat hubungan pijat perineum dengan robekan jalan lahir pada ibu bersalin primipara di BPM Kecamatan Metro Selatan Kota Metro tahun 2015 kemungkinan ibu yang tidak melakukan pijat perineum berpeluang mengalami robekan jalan lahir 10,280 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang melakukan pijat perineum.

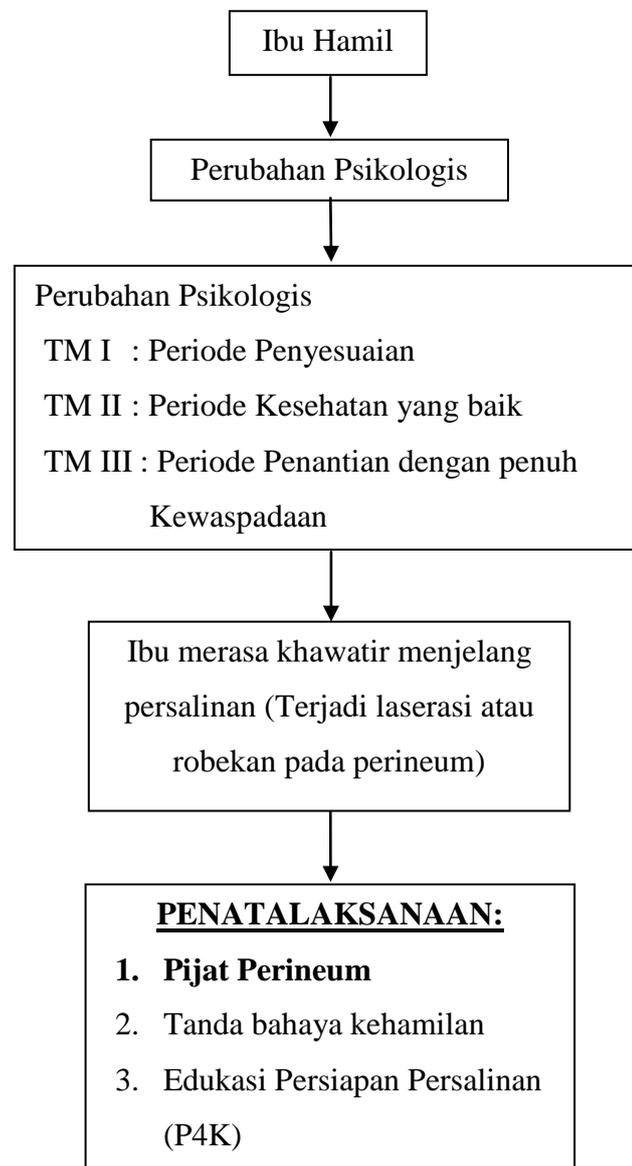
Berdasarkan jurnal kesehatan Ida Farida dan Ugi Sugiarsih (Vol. 9 No. 2, April 2018) yang berjudul “Efektifitas Pemijatan Perineum pada Primigravida Terhadap Kejadian Laserasi Perineum” menerangkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 62 responden (terdiri dari kelompok yang dipijat 31 responden dan kelompok yang tidak dipijat sebanyak 31 responden) kejadian laserasi perineum lebih tinggi ditemukan pada kelompok yang tidak dipijat 93,5% dari responden mengalami laserasi dan 6,5% yang tidak mengalami laserasi, pada kelompok yang dipijat sebagian besar tidak mengalami laserasi perineum yaitu sebanyak 54,8% dan yang mengalami laserasi sebanyak 45,2%. Maka, secara statistik menunjukkan ada hubungan antara pemijatan perineum pada primigravida terhadap laserasi perineum saat persalinan (primigravida yang tidak melakukan pemijatan perineum mempunyai resiko 8,5 kali lebih besar dibandingkan dengan primigravida yang melakukan pemijatan perineum).

Berdasarkan jurnal ilmiah kesehatan Elly Dwi Masita (Vol. 9 No. 1, Februari 2016) yang berjudul “Pengaruh Pijat Perineum Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil Primigravida Trimester III” menerangkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 20 orang responden (terdiri dari 10 responden dilakukan pijat perineum dan 10 responden yang tidak dipijat) kejadian tingkat kecemasan lebih tinggi terjadi pada kelompok yang tidak dipijat (60% dari responden). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan pada ibu hamil primigravida trimester III lebih tinggi jika tidak

dilakukan pijat perineum dibandingkan dengan ibu hamil trimester III yang dilakukan pijat perineum.

Berdasarkan jurnal kesehatan Dartiwen, Kusharisupenti, dan Luknis Sabri (Vol. 8 No. 2, Agustus 2016) yang berjudul “Pengaruh Pemijatan Perineum Pada Primigravida Terhadap Kejadian Laserasi Perineum Saat Persalinan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Wilayah Kerja Puskesmas Margadadi Kabupaten Indramayu Tahun 2015“ menerangkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 45 responden (terdiri dari 15 responden dilakukan pijat perineum dan 30 responden tidak dilakukan pijat perineum) kejadian laserasi perineum saat persalinan lebih tinggi terjadi pada responden yang tidak dilakukan pemijatan perineum (19 dari responden yang tidak di pijat dan 2 dari responden yang dipijat perineum mengalami laserasi). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh jika dilakukan pemijatan perineum pada primigravida terhadap kejadian laserasi perineum saat persalinan, maka teknik pemijatan perineum dapat disosialisasikan pada kalangan ibu hamil untuk mengurangi resiko laserasi perineum saat persalinan.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Sumber: Fatimah, Prasetya Lestari (2019) dan Putriana Yeyen, Supriatiningsih, dan Novita Rudiyananti (2017)