

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan adalah suatu proses yang alami yang terjadi dalam rahim wanita. Diawali dengan pertemuan sel telur dan sperma. Kemudian tumbuh dan berkembang organ demi organ lengkap dengan segala fungsi masing-masing, dan siap dilahirkan pada minggu ke 40 (Lutfiatus, 2012)

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2007 : 492).

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan adanya pembuahan (konsepsi), masa pembentukan dalam rahim, dan diakhiri oleh lahirnya sang bayi (Monika, 2009). Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono, 2010)

2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

a. Uterus

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus yang awalnya hamil 30 gram menjadi 1000 gram dengan panjang ± 20 cm dan lebarnya $\pm 2,5$ cm pada kehamilan 28 minggu fundus uteri terletak kurang lebih 3 jari di atas umbilikus dan pada kehamilan 36 minggu fundus terletak ± 1 jari dibawah prosesus xipoides. Pembesaran uterus dikarenakan hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pertumbuhan janin

sehingga dengan pembesaran uterus dapat menekan semua organ dibagian perut. Salah satunya adalah menekan ligamentum rotundum sehingga ibu akan merasa nyeri pada daerah ini selain itu adanya pembesaran uterus dari umbosacral meningkat sehingga menyebabkan spasme otot karena uterus menekan saraf akibat pinggang akan terasa sakit

b. Vulva dan Vagina

Karena pengaruh hormon esterogen dan progesteron yang meningkat, maka pembuluh darah akan mengalami peningkatan sehingga vulva menjadi merah kebiru-biruan porsioipun akan tampak merah kebiruan (tanda chadwick) karena adanya peningkatan estrogen dan progesteron menyebabkan produksi lendir meningkat sehingga terjadi hiperplasma mukosa vagina akibatnya menjadi keputihan (flour albus)

c. Saluran respirasi

pada kehamilan > 32 minggu wanita hamil yang mengeluh rasa sesak. Hal ini dikarenakan usus-usu tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Selain itu kadar CO₂ menurun dan kadar O₂ meningkat.

d. Sistem kardiovaskuler

Perubahan hemodinamik memudahkan sistem kardiovaskular pada ibu memenuhi kebutuhan janin sambil mempertahankan status kardiovaskularnya sendiri. Perubahan ini merupakan dampak dari peningkatan kadar esterogen, progesteron dan prostaglandin serta akan kembali normal setelah kehamilan berakhir. Hipertrofi (pembesaran) atau

dilatasi ringan jantung disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung. Karena diafragma terdorong ke atas, jantung terangkat ke atas dan berotasi ke depan dan ke kiri. Implus pada apeks, titik implus maksimum bergeser ke atas dan lateral sekitar 1 – 1,5 cm. Pergeseran bergantung pada lama kehamilan dan ukuran serta posisi uterus (Cunningham, 2006).

a. Tekanan darah

Tekanan darah arteri (arteri brakialis) bervariasi sesuai usia. Ada faktor – faktor tambahan yang harus dipertimbangkan, yang meliputi posisi ibu, kecemasan ibu, dan ukuran manset. Posisi ibu dapat mempengaruhi hasil karena posisi uterus dapat menghambat aliran balik vena, dengan demikian curah jantung dan tekanan darah menurun. Tekanan darah brakialis tertinggi saat wanita duduk, terendah saat wanita berbaring pada posisi rekumben lateral kiri; sedangkan pada posisi terlentang, tekanan darah berada di antara kedua posisi tersebut. Oleh karena itu, pada setiap kunjungan gunakan lengan dan posisi yang sama untuk mengukur tekanan darah. Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5 sampai 10 mmHg, yang dapat disebabkan karena vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama hamil. Tekanan arteri rata – rata/ MAP (mean arterial pressure) yaitu meningkatkan nilai diagnostik hasil pengukuran. Dengan

menambahkan sepertiga tekanan nadi dengan tekanan diastolik.

$$MAP = (S + 2D)/3$$

MAP = Mean Arterial Pressure/tekanan arteri rata-rata

S = Tekanan darah sistolik

D = Tekanan darah diastolic

Roll over test (ROT)

Perbedaan tekanan darah sistolik posisi terlentang dan posisi miring. Perbedaan ≥ 20 mmHg maka resiko positif Preeklampsia (Sarwono, 2009).

e. Sistem Hematologi

Selama berminggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibri nogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimaana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa post partum. Jumlah sel darah putih mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa post partum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-

awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah – ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa pospartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum. Produksi sel darah merah meningkat (normal 4 s.d 5,5 juta mm³). Nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37-47%) menurun secara menyolok disebut anemia fisiologis. (Romauli, 2011)

f. Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke PAP, hal ini menyebabkan sering kencing karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali, peningkatan sirkulasi darah ginjal pada kehamilan peningkatan filtrasi di glomelurus 69-70 %

g. Sistem pencernaan

Progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan konstipasi. Selain itu juga karena perubahan pola makan. Peningkatan kadar progesteron menyebabkan peristaltik usus lambat, penurunan mobilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, penyerapan air dari calon meningkat tekanan pada usus yang membesar karena uterus yang ukurannya semakin besar terutama pada akhir kehamilan

h. Indeks Masa Tubuh

Peningkatan berat badan ibu disebabkan oleh hasil konsepsi (fetus, plasenta, cairan ketuban) dan berat ibu (uterus, mammae yang membesar, volume darah meningkat, lemak, protein dan adanya retensi air). Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

Tabel 2.1

Rekomendasi penambahan BB selama kehamilan berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>30	≥7
Gemelli		16-20,5

Sumber: (Sarwono, 2013)

i. Sistem Integumen

Pada kehamilan TM III terjadi hiperpigmentasi pada areola serta puting, vagina dan adanya cloasma gravidarum pada muka semakin lebih gelap. Striae dan linea pada payudara akan semakin terlihat jelas

j. Payudara

Pada kehamilan TM III payudara telah membesar dan menegang. Fungsi laktasi akan mulai sempurna dimana koloatrum sudah terproduksi secara sempurna untuk bayi

(Kusmiyati.2009)

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester III

Perubahan adaptasi dan psikologis yang dapat terjadi pada kehamilan trimester III : Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik., Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu., Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya., Khawatir bayi yang akan dilahirkannya dalam keadaan tidak normal., Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya., Perasaan sangat sensitif. Dan Libido menurun (Sulistyowati 2009 : 77).

2.1.4 Standar Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Terpadu

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar menurut (KemenKes 2010 : 16) terdiri dari:

1. Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

3. Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \leq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria)

4. Ukur tinggi fundus uteri

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

5. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Tentukan presentasi janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskroning status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Imunisasi Tetanus Toksoid dianjurkan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus neonatorum. Vaksinasi tetanus pada pemeriksaan antenatal dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi dan mencegah kematian ibu akibat tetanus. Semua ibu hamil harus dijelaskan tentang pentingnya imunisasi TT sebanyak 5 kali dalam seumur hidup. Setiap ibu hamil yang belum pernah imunisasi TT harus mendapat imunisasi TT paling sedikit 2 kali suntikan selama hamil, yaitu pertama saat kunjungan pertama dan diulang setelah 4 minggu kemudian. Pemberian imunisasi ke dua atau dosis terakhir saat hamil diberikan paling lambat 2 minggu sebelum melahirkan (Bartini, 2012: 141).

8. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Tablet ini mengandung 200mg sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat

yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- a. Pemeriksaan golongan darah,
- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) Pemeriksaan kadar hemoglobin
- c. Pemeriksaan protein dalam urin
- d. Pemeriksaan kadar gula darah.
- e. Pemeriksaan darah Malaria
- f. Pemeriksaan tes Sifilis
- g. Pemeriksaan HIV
- h. Pemeriksaan BTA

10. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

11. KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a. Kesehatan ibu
- b. Perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e. Asupan gizi seimbang
- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- g. Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
- h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
- i. KB paska persalinan
- j. Imunisasi
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

2.1.5 Standart Asuhan Kebidanan Trimester III

Terdapat enam standar dalam standar pelayanan antenatal yaitu sebagai berikut :

1. Identifikasi Ibu Hamil

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

2. Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS / infeksi HIV, memberikan pelayanan iminiasi, 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.

3. Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat serta merujuknya.

6. Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, 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. (Standar Pelayanan Kebidanan. DepKes RI. 2000

2.2 Nyeri Punggung

2.2.1 Definisi

Nyeri punggung adalah salah satu rasa tidak nyaman yang paling umum selama kehamilan. Nyeri punggung dapat terjadi karena adanya tekanan pada otot punggung ataupun pergeseran pada tulang punggung sehingga menyebabkan sendi tertekan (Franser, 2009 : 68).

Nyeri punggung pada kehamilan adalah gangguan yang umum terjadi, dan ibu hamil mungkin saja memiliki riwayat “sakit punggung” dimasa lalu. Nyeri punggung bawah sangat sering terjadi dalam kehamilan sehingga digambarkan sebagai salah satu gangguan minor dalam kehamilan, gejala nyeri biasanya terjadi antara 4-7 bulan usia kehamilan dan nyeri biasanya terasa di punggung , terkadang menyebar ke bokong dan paha, dan terkadang turun ke kakia. Banyak

ibu hamil yang mengalami nyeri punggung selama kehamilan. Secara umum nyeri punggung pada ibu hamil dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu Peningkatan berat badan dan fisiologi tulang belakang (Schroder et al, 2015), Adanya kelengkungan tulang belakang ibu hamil yang meningkat kearah akhir kehamilan dan perubahan postur tubuh (Yoo, Shin & Song, 2015).

2.2.2 Etiologi

Ketegangan otot karena perpindahan pusat grafitasi tubuh yang disebabkan oleh pembesaran uterus, kadar progesteron yang tinggi sehingga melunakan kartilago dan mengurangi kestabilan sendi yang memungkinkan terjadinya gerakan (Morgan, 2009 : 112). Faktor predisposisi nyeri punggung meliputi pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur, penambahan berat badan, pengaruh hormon relaksin terhadap ligamen, riwayat nyeri punggung terdahulu, paritas dan aktivitas. Pertumbuhan uterus yang sejalan dengan perkembangan kehamilan mengakibatkan teregangnya ligamen penopang yang biasanya dirasakan ibu sebagai spasme menusuk yang sangat nyeri yang disebut dengan nyeri ligamen. Hal inilah yang menyebabkan nyeri punggung. Sejalan dengan bertambahnya berat badan secara bertahap selama kehamilan mengubah postur tubuh sehingga pusat gravitasi tubuh bergeser ke depan. Ada kecenderungan bagi otot punggung untuk memendek jika otot abdomen meregang sehingga dapat menyebabkan ketidakseimbangan otot disekitar pelvis dan tegangan tambahan dapat dirasakan diatas ligamen tersebut (Fraser, 2009 : 64).

2.2.3 Patofisiologi

Nyeri punggung sebagian disebabkan oleh hormone kehamilan yang mengendurkan sendi, ikatan tulang dan otot di pinggul sebagai persiapan proses persalinan dan ditambah lagi dengan meningkatnya berat badan janin saat bertambah besar. Seringkali ini menyebabkan ibu hamil mencondongkan perut, sehingga menambah lengkungan pada bagian bawah punggung. (Ira, 2012 : 173).

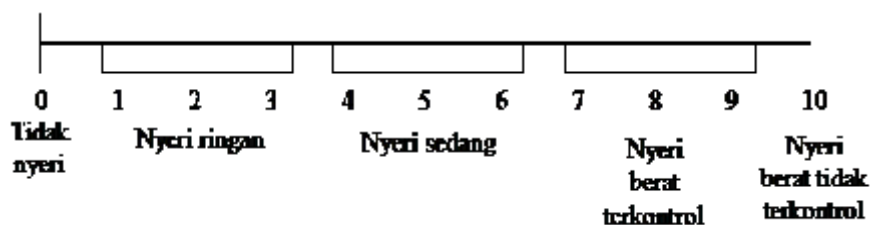
2.2.4 Skala Nyeri

Nyeri merupakan respon personal yang bersifat subyektif, karena itu individu itu sendiri harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkat nyeri yang dirasakan.

Banyak instrumen pengkajian nyeri yang dapat digunakan dalam menilai tingkat nyeri, yaitu:

1. Skala pendeskripsian verbal (*Verbal Descriptor Scale/VDS*)

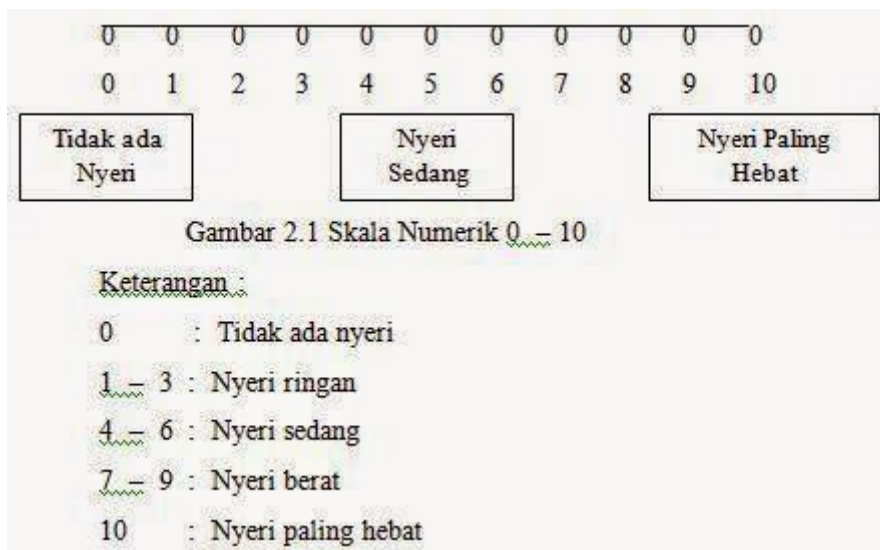
Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dan tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri. Pengukur menunjukkan ketpada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah katagori untuk mendiskripsikan nyeri



Gambar 1.1 *Verbal Descriptor Scale/VDS*

2. Skala Penilaian Numerik (*Numerical Rating Scale/NRS*)

Digunakan sebagai pengganti atau opendamping VDS. Dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 1.2 *Numerical Rating Scale/NRS*

3. Skala Wajah Wong-Bakers

VAS memodifikasi penggantian angka dengan kontinum wajah yang terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari yang sedang tersenyum (tidak merasakan nyeri), kemudian kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (sangat nyeri).



Gambar 1.3 Skala Wajah Wong-Bakers

(Uliyah, 2012: 146).

2.2.5 Penanganan

Cara penanganan nyeri punggung dapat dilakukan dengan :

Olahraga senam hamil meliputi latihan transversus, latihan dasar pelvis dan peregangan umumnya. Latihan ini melatih otot abdomen transversal bagian dalam yang merupakan penopang posturan utama dari tulang belakang selama kehamilan (Franser, 2009 : 65). Menggunakan sepatu yang nyaman, bertumit rendah, karena sepatu bertumit tinggi dapat membuat lordosis bertambah parah, Mandi air hangat terutama sebelum tidur, , Apabila bangun dari posisi terlentang harus dilakukan dengan memiringkan tubuh kearah samping dan bangun sendiri perlahan menggunakan lengan untuk menyangga, Massage untuk memulihkan tegangan pada otot, penggunaan minyak khusus seperti lavender dapat digunakan untuk lebih meningkatkan relaksasi dan mengurangi rasa nyeri pada trimester 3, Memastikan agar ibu memperhatikan postur tubuh yang tepat ketika bekerja dan posisi istirahat yang tepat pula (Walsh, 2007 : 65). Ketika berdiri dan duduk lama istirahatkan satu kaki pada bangku rendah, tinggikan lutut lebih tinggi dari pinggang dan duduk dengan punggung tegak menempel pada sandaran kursi (Morgan, 2009 : 112). Menghindari

aktivitas terlalu lama serta lakukan istirahat secara sering (Eileen, 2007 : 65). Jika nyeri punggung tidak segera diatasi, ini bisa mengakibatkan nyeri punggung jangka panjang, meningkatkan kecenderungan nyeri punggung pascapartum dan nyeri punggung kronis yang akan lebih sulit untuk diobati dan disembuhkan. (Eileen, 2007 : 64)

2.3 Persalinan

2.3.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistiyawati, 2013 : 4).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2008).

Menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap.

2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat :

1) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda primigravida terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan : Ringan dibagian atas, dan rasa sesaknya berkurang , Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan menganjal, Terjadinya kesulitan saat berjalan , dan Sering kencing (Marmi, 2012 : 9).

2) Terjadinya his permulaan

Sifat his palsu, antara lain : Rasa nyeri ringan dibagian bawah, Datangnya tidak teratur , Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, Durasinya pendek, dan Tidak bertambah bila beraktifitas (Marmi, 2012 : 9).

2. Tanda-tanda inpartu :

a. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornu uteri*. His yang menimbulkan perubahan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif

mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri, kondisi berlangsung secara syncron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (effacement dan pembukaan)

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
 - 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
 - 3) Terjadi perubahan pada serviks
 - 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.
- b. Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (blood show)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan

harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesaria.

d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Marmi, 2012 : 9)

2.3.3 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu :

1. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 1988).

Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm

b. Fase aktif, dibagi dalam 3 fase lagi, yaitu :

1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. (Marmi, 2012 : 11).

Di dalam fase aktif ini frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm, hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu, 1 cm perjam untuk primigravida atau sekitar 13-14 jam dan 2 cm untuk multigravida atau sekitar 6-7 jam (APN, 2008).

2. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. (Sumarah, 2009).

3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim (Manuaba, 2010).

4. Kala IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.

Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistiyawati, 2010 : 8).

2.3.4 Faktor-Faktor Penting Dalam Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan :

1. *Passage* (jalan lahir)

- a. Adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina.
- b. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.
- c. Rongga-rongga panggul yang normal adalah : pintu atas panggul hampir berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol ke depan, kedua spina ischiadica tidak menonjol ke dalam, sudut arcus pubis cukup luas (90-100), ukuran conjugata vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) ialah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, ukuran diameter oblique (ukuran serong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm.
- d. Dasar panggul terdiri dari otot-otot dan macam-macam jaringan, untuk dapat dilalui bayi dengan mudah jaringan dan otot-otot harus lemas dan mudah meregang, apabila terdapat kekakuan pada jaringan, maka otot-otot ini akan mudah ruptur.

- e. Kelainan pada jalan lahir lunak diantaranya disebabkan oleh serviks yang kaku (pada primi tua primer atau sekunder dan serviks yang cacat atau skiatrik), serviks gantung (Ostium Uteri Eksterna terbuka lebar, namun Ostium Uteri Internum tidak terbuka), serviks konglomer (Ostium Uteri Internum terbuka, namun Ostium Uteri Eksterna tidak terbuka), edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, sehingga serviks terjepit diantara kepala dan jalan lahir dan timbul edema), terdapat vaginal septum, dan tumor pada vagina (Asrina, 2012: 9-21).

2. *Power* (kekuatan ibu)

Adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah : his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Marmi, 2012 : 51).

Pada faktor dari ibu terdapat :

a. His

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu *pace maker* darimana gelombang tersebut berasal. Umumnya rasa sakit kontraksi mulai dari bagian bawah bawah punggung, kemudian menyebar ke bagian bawah perut, mungkin juga menyebar kekaki. Rasa sakit mulai seperti sedikit tertusuk, lalu mencapai puncak, kemudian menghilang seluruhnya.

Sebagian besar ibu merasakan seperti kram haid yang parah. Ada juga yang merasakannya seperti gangguan saluran pencernaan atau mules diare

Sakit kontraksi dalam persalinan merupakan nyeri primer. Daerah yang mengalami nyeri primer, antara lain pinggang, punggung, perut dan pangkal paha. Sebagian efek kontraksi timbul juga nyeri sekunder, seperti mual, pusing, sakit kepala, muntah, tubuh gemetar, panas dingin, kram, pegal-pegal dan nyeri otot.

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular di bagian dalam, dan lapisan otot menyilang di antara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti.

b. Tenaga meneran

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter, keinginan mendedan ini disebabkan karena :

- 1) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.

- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat
- 3) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his
- 4) Tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir (Nurasiah, 2012 : 28-32).

3. *Passenger* (isi kehamilan)

Faktor *passenger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta.

- a. Janin
- b. Air ketuban
- c. plasenta (Marmi, 2012 : 27).

4. Penolong (bidan)

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Marmi, 2012 : 61).

5. Posisi (ibu)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien

untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks, sehingga persalinan lebih cepat (Marmi, 2012 : 62).

2.3.5 Asuhan Persalinan Kala I-IV

1. Rencana tindakan pada kala I
 - a. Melakukan deteksi dini komplikasi dan persiapan rujukan
Deteksi dini komplikasi dan persiapan merujuknya (BAKSOKUDA)
 - b. Menyiapkan persalinan : ruangan, perlengkapan, bahan dan obat, memberikan asuhan sayang ibu
 - c. Mengupayakan pencegahan infeksi yang direkomendasi
 - d. Memberikan tehnik relaksasi: pernafasan, posisi, pijatan
 - e. Penapisan awal atau observasi kemajuan persalinan dengan partograf
(Hidayat, 2010: 46).
2. Rencana tindakan kala II
 - a. Deteksi dini komplikasi dan rencana merujuk: nadi, tekanan darah, suhu, urin, kontraksi, DJJ, cairan ketuban, tali pusat
 - b. Menolong persalinan: persiapan persalinan, mendiagnosa persalinan kala II dan membimbing meneran, mencegah laserasi, melahirkan kepala, melahirkan bahu, melahirkan tubuh bayi, memotong tali pusat (Hidayat, 2010: 67).
3. Rencana tindakan kala III
 - a. Mengenali tanda-tanda terlepasnya plasenta: perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat

- b. Menejemen aktif kala III: suntik oksitosin, penegangan tali pusat terkendali (JNPK-KR, 2008: 99).
4. Rencana tindakan kala IV
 - a. Memperkirakan kehilangan darah
 - b. Memeriksa perdarahan dari perineum
 - c. Pencegahan infeksi
 - d. Pemantauan keadaan umum ibu (JNPK-KR, 2008: 114).

2.4 Ketuban Pecah Dini

2.4.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Dampak nyeri punggung pada persalinan yaitu beberapa ibu paling baik tetap berada dalam posisi persalinan yang ditopang dengan nyaman daripada berkeliling, yang dapat memperburuk gejala (Robson, 2012)

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini prematur terjadi pada 1% kehamilan. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks, ekstra selularb amnion, korion dan apoptosis membran janin. Membran janin dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti

prostaglandin, sitokinin dan protein hormon yang merangsang aktivitas “*matrix degrading enzym*”.

2.4.2 Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini dalam upersalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Terdapat keseimbangan antara sintetesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Faktor resiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah :

1. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
2. Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metalproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease.

Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membran janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat

menjelang persalinan. Pada pepeyakit periondontitis dimana peningkatan MMP, cenderung terjadi Ketuban Pecah Dini.

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban pecah dini prematur sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta.

2.4.3 Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan, dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas jani, meningkatnya insiden sectio caesarea, atau gagalnya persalinan normal.

1. Persalinan prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban peach. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minngu.

2. Infeksi

Resiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu terjadi korioanionitis. Pada bayi terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada Ketuban Pecah Dini prematur infeksi lebih sering daripada aterm. Secara umum insiden infeksi terjadi sekunder pada Ketuban Pecah Dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

3. Hipoksia dan Asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

4. Sindrom Deformitas Janin

Ketuban Pecah Dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonar.

2.4.4 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

1. Pastikan diagnosis
2. Tentukan Umur Kehamilan
3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin
4. Apakah dalam keadaan inpartu. Terdapat kegawatan janin

Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan.

Diagnosis Ketuban Pecah Dini Prematur dengan inspekulo dengan inspekulo dilihat adanya cairan ketuban keluar dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil sekitar 4.5; bila ada cairan ketuban ph nya sekitar 7,1-7,3. Antiseptik yang alkalin akan menaikkan Ph vagina.

Penderita dengan kemungkinan Ketuban Pecah Dini harus masuk Rumah Sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika pada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin persalinan diterminasi. Bila Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan pasien Ketuban Pecah Dini yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaanya bergantung pada usia kehamilan.

2.4.5 Diagnosis

Tentukan pecahnya selaput ketuban di vagina, jika tidak dapat dicoba dengan menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (*Nitrazin Test*) merah menjadi biru. Tentukan usia kehamilan, bila perlu dengan pemeriksaan USG. Tentukan ada tidaknya infeksi. Tanda-tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38°C serta air ketuban keruh dan berbau. Leukosit darah $>15.000/\text{mm}^3$. Janin yang mengalami takikardia, mungkin mengalami infeksi intrauterin. Tentukan

tanda tanda persalinan dan skoring pelvik. Tentukan adanya kontraksi yang teratur. Periksa dalam dilakukan bila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan).

2.4.6 Penanganan

1. Konservatif

Rawat dirumah sakit, berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak lagi keluar. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda – tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu. Jika usia 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada tanda infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Jika usia kehamilan 32-31 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda – tand infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin). Pada usia kehamilan 32- 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingo mielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari , deksametason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio saesare. Dapat pula diberikan misoprostol 25 μ -50 μ intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda – tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri

- 1) Bila skor pelvik <5 , lakukan pematangan serviks, kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio caesarea.
- 2) Bila skor pelvik >5, induksi persalinan (Sarwono, 2014)

2.5 Nifas

2.5.1 Pengertian

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009 : 4).

2.5.2 Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut ;

1. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. (Saleha, 2009 : 4).

Masa kepulihan, yakni saat-saat ibu dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Suherni, 2009 : 2).

2. Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)

Masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu (Suherni, 2009 : 2). Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik (Saleha, 2009 : 5).

3. Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009 : 6).

2.5.2 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Terjadi perubahan fisiologis pada diri ibu nifas :

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

1) pengerutan rahim

Merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFU (tinggi fundus uteri) (Sulistyawati, 2009 : 73).

2) Lokhea

Merupakan ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya.

a) lokhea rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) lokhea sanguinolenta

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

c) lokhea serosa

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

d) lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang amati. Dapat berlangsung 2-6 minggu post partum (Sulistyawati, 2009 : 76).

b. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama keadaannya masih kendur. Setelah 3 minggu kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia masih menonjol (Sulistyawati, 2009 : 77).

c. Perineum

Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sewalipun

tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2009 : 78).

2. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Disebabkan saat persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong , pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan (Sulistyawati, 2009 : 58).

3. Perubahan sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraselular yang merupakan bagian normal dari kehamilan (Saleha, 2009 : 58).

4. Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena

ligamentum rotundum menjadi kendur. Untuk memulihkan kembali dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu (Sulistyawati, 2009 : 79).

5. Sistem endokrin

Selam proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

- a. Oksitosin
- b. Hormon pituitary
- c. Estrogen dan progesteron

6. Perubahan tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut.

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari kenaikan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat Celcius. sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Saleha, 2009 : 61).

b. Nadi dan pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus. Dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan

sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009 : 60).

c. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* dapat menandakan terjadinya preeklamsi *post partum* (Sulistyawati, 2009 : 81).

2.5.3 Ketidaknyamanan dan penanganannya

Ketidaknyamanan yang dapat terjadi, diantaranya

1. Belum berkemih

Penanganan : dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya. Jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi

2. Sembelit

Penanganan : dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini, masalah sembelit akan berkurang

3. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi

Penanganan : setelah 24 jam post partum, ibu dapat melakukan rendam duduk untuk mengurangi keluhan. Jika terjadi infeksi, maka diperlukan pemberian antibiotika yang sesuai dibawah pengawasan dokter (Farmakologi Depkes ri, 2011: 5).

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular

Penanganan : pengompresan dengan es, tetapi dalam beberapa hari akan mereda (Kenneth, 2012: 342).

2.5.4 Proses Adaptasi Psikologis Post Partum

Periode masa nifas merupakan waktu di mana ibu mengalami stres pascapersalinan, terutama pada ibu primipara.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua
2. Respons dan dukungan dari keluarga dan teman dekat
3. Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya
4. Harapan, keinginan, dan aspirasi ibu saat hamil juga melahirkan

Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini:

1. Taking in period

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2. Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga

membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3. *Letting go period*

Dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

Hal-hal yang harus dapat dipenuhi selama masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Fisik, istirahat, memakan makanan bergizi, sering menghirup udara segar, dan lingkungan yang bersih.
- b. Psikologi, sters setelah persalinan dapat segera distabilkan dengan dukungan dari keluarga yang menunjukkan rasa simpati, mengakui, dan menghargai ibu.
- c. Sosial, menemani ibu bila terlihat kesepian, ikut menyayangi anaknya, menanggapi dan memerhatikan kebahagiaan ibu, serta menghibur bila ibu terlihat sedih.
- d. Psikososial (Saleha, 2009 : 63).

2.5.6 Program Tindak Lanjut Asuhan Nifas di Rumah

Program asuhan masa nifas di rumah, diantaranya :

1. Jadwal masa nifas

Jadwal kunjungan rumah bagi ibu post partum mengacu pada kebijakan teknis pemerintah, yaitu 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu post partum. Dari pemenuhan target pertemuan antara bidan dengan pasien sangat bervariasi, dapat dilakukan

dengan mengunjungi rumah pasien atau pasien yang datang ke bidan atau RS ketika mengontrol kesehatan bayi dan dirinya.

2. Asuhan lanjutan masa nifas di rumah

a. Enam hari post partum

Biasanya pada periode 6 hari post partum, pasienlah yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatan dirinya sekaligus bayinya.

b. Dua minggu post partum

Dalam kunjungan ini, bidan perlu mengevaluasi ibu dan bayi.

c. Enam minggu post partum

Pengkajian (anamnesa) seperti pada kunjungan 2 minggu post partum, tambahan program KB

3. Penyuluhan masa nifas

Di setiap kali pertemuan atau kunjungan ibu nifas, bidan harus selalu memasukan kegiatan penyuluhan dalam perencanaan asuhan sebagai berikut : Gizi, Suplemen zat besi dan vitamin A , Kebersihan diri dan bayi , Istirahat dan tidur , Pemberian ASI , Latihan/senam nifas , Hubungan seksual dan KB serta memberikan Tanda-tanda bahaya nifas

1) Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

- a) Setelah anak dan plasenta lahir
- b) Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.
- c) Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia

d) Perdarahan dapat terjadi lambat – waspada terhadap shock

2) Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas.

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas: Partus lama, tindakan operasi persalinan, tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah, perdarahan ante partum dan post partum, anemia, ibu hamil dengan infeksi (endogen), manipulasi penolong (eksogen), infeksi nosokomial, bakteri colli.

3) Demam Nifas / Febris Purpuralis

Kenaikan suhu lebih dari 38° C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum dengan mengecualikan hari 1 (pengukuran suhu 4x / jam oral / rectal).

Faktor Predisposisi: Pertolongan persalinan kurang steril, KPP, partus lama, malnutrisi, anemia.

4) Mastitis

Peradangan pada mammae:

Kuman masuk melalui luka pada puting susu, suhu tidak > 38° C, terjadi minggu ke dua PP, bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Sulistyawati, 2009 : 165).

2.5.7 Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas yaitu :

1. Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah persalinan, tujuannya :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
 - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d. Pemberian ASI awal
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypotermi*
 - g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
2. Kunjungan kedua, 6 hari setelah persalinan
- a. Memastikan *involusi uterus* berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3. Kunjungan ketiga, 2 minggu setelah persalinan

Memantau ibu dan bayi sama seperti pada kunjungan kedua.

4. Kunjungan keempat, 6 minggu setelah persalinan

- a. menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami
- b. memberikan konseling KB secara dini. (Sulistyawati, 2009 : 6).

2.6 Bayi Baru Lahir

2.6.1 Definisi

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahitan serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin di kehidupan ekstrauterin (Vivian,2012)

2.6.2 Ciri-ciri Normal BBL

- a. Lahir Aterm antara 37-42 minggu
- b. Berat badan 2.500 – 4000 gram
- c. Lingkar dada 30- 38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 60 – 40 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia ; perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki laki testis sudah turun skrotum sudah ada.
- k. Refleks hisapan dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Reflek moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- m. Reflek graps atau menggenggam yang sudah baik.
- n. Eliminasi baik mekonium akan luar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marni, 2012)

2.6.3 Tujuan Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Memberikan asuhan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat masih di ruang rawat serta mengajarkan kepada orang tua dan memberi motivasi agar menjadi orang tua yang percaya diri. Setelah kelahiran, akan terjadi serangkaian perubahan tanda-tanda vital dan tampilan klinis jika bayi reaktif terhadap proses kelahiran. (Muslihatun, 2010 : 4)

2.6.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Aktivitas asuhan pada bayi baru lahir dapat dilakukan pemeriksaan fisik diantaranya:

1. Penampilan umum

Penampilan umum yang dinilai adalah bagaimana penampilan dan suara bayi. Ini dapat memberikan banyak informasi tentang kesehatannya.

2. Asuhan bayi baru lahir

- a. keringkan dan tetap jaga kehangatan

- b. bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- c. potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir untuk memberi waktu yang cukup bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi kepada bayi
- d. lakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu
- e. beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- f. beri suntikan vitamin k 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah IMD
- g. beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular di paha kanan anterolateral, diiberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K. Imunisasi Hepatitis B diberi sedini mungkin setelah bayi lahir yaitu 1 jam setelah pemberian vitamin K karena 3,9% ibu hamil yang positif Hepatitis B memiliki resiko penularan kepada bayinya sebesar 45% (Anisa, Yuliasutui, 2013: 48).

3. Tanda-tanda fisik

Sangat penting mengamati tanda-tanda fisik bayi karena bayi tidak dapat mengatakan apa yang dirasakan. Periksa tanda-tanda ini setiap jam selama 2 sampai 6 jam setelah kelahiran.

- a. Tingkat pernapasan, bayi baru lahir normalnya bernapas antara 30-50 kali per menit, dihitung selama satu menit penuh dengan mengamati naik/turun abdomen dan bayi dalam keadaan tenang.

- b. Detak jantung bayi baru lahir normalnya berdetak antara 120-160 kali per menit yang dapat didengar dengan menggunakan stetoskop, perhitungan dilakukan selama satu menit penuh
 - c. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36-37 derajat celsius dan diukur pada ketiak bayi selama lima menit dengan menggunakan termometer
4. Berat badan berkisar 2500-4000 gram
 5. Panjang badan antara 48-52 cm
 6. Lingkar kepala antara 33-35 cm
 7. Telinga

Untuk memeriksa telinga bayi, tataplah wajahnya. Bayangkan sebuah garis melintasi kedua matanya. Normalnya, bagian telinga harus berada di atas garis ini .

8. Mata

Lihat kedua mata bayi, perhatikan apakah kedua matanya tampak normal dan apakah bergerak bersamaan. Lakukan pemeriksaan dengan menggunakan penyinaran pada pupil bayi. Jika ketika disinari pupil akan mengecil, berarti mata dalam keadaan normal.

9. Hidung dan mulut

Pertama-tama kita lihat apakah bayi dapat bernafas dengan mudah melalui hidung atau ada hambatan. Kemudian, lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit-langit dan kaji refleks isap dengan mengamati bayi saat menyusu atau dengan cara menekan sedikit pipi untuk menekan sedikit

pipi bayi untuk membuka mulut bayi kemudian masukan jari anda untuk merasakan isapan bayi.

10. Leher

Periksa leher bayi untuk mengetahui adakah pembengkakan dan benjolan. Pastikan untuk melihat adanya tiroid (gumpalan di bagian depan tenggorok bengkak), hal ini merupakan suatu masalah pada bayi baru lahir.

11. Dada

Yang diperiksa pada bagian ini adalah bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung (pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan stetoskop)

12. Bahu, lengan dan tangan

Pada pemeriksaan ini, dilakukan adalah melihat gerakan bayi apakah aktif atau tidak, kemudian menghitung jumlah jari pada bayi.

13. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen, hal yang perlu dilakukan adalah memperhatikan bentuk abdomen bayi, lingkaran abdomen bayi, lingkaran abdomen, penonjolan sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan pada tali pusat, dinding abdomen lembek (pada saat tidak menangis), dan ada atau tidaknya benjolan pada perut bayi .

14. Alat kelamin

Pada bayi laki-laki, normalnya terdapat 2 testis yang berada didalam skrotum, dan pada ujung penis terdapat lubang. Pada bayi perempuan normalnya terdapat labia mayora yang menutupi labia minora, disekitarnya terdapat vagina, uretra, dan klitoris.

15. Tungkai dan kaki

Pada pemeriksaan ini, hal yang perlu diperhatikan adalah gerakan kesimetrisan, dan panjang kedua kaki yang sama. Selain itu, perhatikan pula jumlah jari.

16. Punggung dan anus

Pada pemeriksaan ini, hal yang diperiksa adalah adanya pembengkakan atau cekungan pada punggung bayi, dengan cara membalikan badan bayi dan melihat punggungnya. Pada anus hal yang akan diperiksa adalah ada/tidaknya lubang dan apakah bayi telah mengeluarkan mekonium/cairan

17. Kulit

Pada kulit, hal yang perlu diperhatikan adalah warna kulit, adanya verniks pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir (Rochmah, 2011 : 33).

2.6.4 Refleks

Refleks yang terjadi pada bayi :

1. Refleks glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka.

2. Refleksi hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan

a. Refleksi mencari

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi

b. Refleksi genggam

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan : bayi mengepalkan tinjunya

c. Refleksi babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

d. Refleksi moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan

e. Refleksi melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya, sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras

f. Refleksi merangkak

Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar

g. Refleks tonik leher

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

h. Refleks eksturi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting. (Marmi, 2012 : 70-72)

2.7 Asuhan Kebidanan

2.7.1 Definisi

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. *Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.*

Standart 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. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

2.7.2 Standart Asuhan

Standart asuhan kebidanan menurut KepMenkes RI no 938 tahun 2007, ialah:

1. Standar I : Pengkajian

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria pengkajian

1) data tepat, akurat dan lengkap

2) terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

3) data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan standart

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

b. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah

- 1) diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) dapat disesuaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

a. Pernyataan standart

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria perencanaan

- 1) rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komperhensif
- 2) melibatkan klien atau pasien dan atau keluarga
- 3) mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- 4) memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 5) mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

4. Standar IV : Implementasi

a. Pernyataan standart

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien. Dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria

- 1) memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural
- 2) setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (inform consent)
- 3) melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) menjaga privacy klien/pasien
- 6) melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) melakukan tindakan sesuai standart
- 10) mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria evaluasi

- 1) penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
- 3) evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
- 4) hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standart

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

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/ buku KIA)
- 2) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaa
- 5) A adalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 6) P adalah penatalaksnaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

