

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi 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 (Prawirohardjo, 2009).

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

2.1.2 Perubahan Fisiologi Trimester III

1. Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Vulva

Akibat pengaruh hormon estrogen Vagina dan vulva terjadi perubahan. Adanyahipervaskularisasi mengakibatkan vagina, vulva dan portio tampak lebih merah, agakkebiru-biruan(Livide) Tanda Chadwick. Getah vagina bertambah, reaksinya asam Ph 3,5-6,0 (sifat Bakterisida) (Rukiyah, 2009).

b. Uterus

Pada akhir kehamilan biasanya kontraksi sangat jarang dan meningkat pada satu dan dua minggu sebelum persalinan. Peningkatan kontraksi miometrium ini menyebabkan otot fundus tertarik ke atas. Segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal dan memendek serta memberikan tarikan yang lambat dan stabil terhadap serviks yang relatif terfiksasi yang menyebabkan dimulainya peregangan dan pematangan serviks yang disebut dengan pembukaan serviks (Rukiyah, 2009).

c. Ovarium

Sampai kehamilan 16 minggu masih terdapat korpus luteum graviditas dengan diameter 3 cm yang memproduksi estrogen & progesteron. Lebih dari 16 minggu plasenta sudah terbentuk dan korpus luteum mengecil, sehingga produksi estrogen dan progesteron digantikan oleh plasenta (Rukiyah, 2009).

d. Serviks Uteri

Jaringan ikat pada servik (banyak mengandung kolagen) lebih banyak dari jaringan otot yang hanya 10 %. Estrogen meningkat, bertambah hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi servik menjadi lunak atau disebut tanda *Goodell*. Peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan kongesti panggul dan oedema. Sehingga uterus, servik dan itismus melunak secara progressif dan servik menjadi kebiruan. Pada post partum servik menjadi berlipat-lipat dan tidak menutup (Rukiyah, 2009).

2. Payudara

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron tapi belum mengeluarkan ASI. Sommatomotropin mempengaruhi sel-sel asinus dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin sehingga mammae dipersiapkan untuk laktasi. Hiperpigmentasi pada areolla (menjadi lebih hitam dan tegang). Terdapat tuberkel montgomery (hipertropi kelenjar sebacea atau lemak yang muncul di areola primer. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah di bawah kulit berdilatasi (Rukiyah, 2009).

3. Sistem endokrin

Kelenjar tiroid dapat membesar sedikit & kelenjar hypofise dapat membesar terutama dilobus anterior sedangkan kelenjar adrenal tidak berubah (Rukiyah, 2009).

4. Sistem Kekebalan

Pada ibu hamil menurun karena daya tahan tubuh banyak dipersiapkan untuk menopang kehamilannya sehingga ibu hamil rentan terhadap penyakit (Rukiyah, 2009).

5. Sistem perkemihan (Traktus urinarius)

Pembesaran ureter kiri dan kanan dipengaruhi oleh hormon progesteron, tetapi kanan lebih membesar karena uterus lebih sering memutar ke kanan hidroureter dextra dan pielitis dextra lebih sering. Poliuria karena peningkatan filtrasi glomerulus. Trimester III, bila kepala

janin mulai turun ke PAP, keluhan sering kencing timbul lagi karena kandung kencing tertekan (Rukiyah, 2009).

6. Sistem pencernaan

Peningkatan produksi estrogen menyebabkan penurunan sekresi asam hidroklorida. Oleh karena itu, pembentukan atau perkembangan tukak peptik sudah tidak umum selama hamil.

Pada sekitar 15% sampai 20% wanita hamil, herniasi bagian atas lambung (hiatushernia) terjadi pada trimester III. Keadaan ini menyebabkan hiatus diafragma melebar.

Reflex asam lambung (heartburn) disebabkan oleh regurgitasi isi lambung esophagus bagian bawah. Progesteron menyebabkan relaksasi sfingter cardiak pada lambung dan mengurangi motilitas lambung sehingga memperlambat pengosongan lambung. Heartburn biasanya hanya terjadi pada satu atau dua bulan terakhir kehamilan (Rukiyah, 2009).

7. Sistem Muskuloskeletal

Pada trimester pertama tidak banyak terjadi perubahan pada sistem muskuloskeletal. Bersamaan dengan membesarnya ukuran uterus menyebabkan perubahan yang drastis pada kurva tulang belakang yang biasanya menjadi salah satu ciri pada ibu hamil. Lordosis fisiologis merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester terakhir kehamilan rasa pegal, mati rasa, dan lemah kadangkala dialami pada anggota badan atas, kemungkinan sebagai akibat lordosis yang besar dengan fleksi anterior leher dan merosotnya lingkaran bahu, yang

akan menimbulkan traksi pada nervus ulnaris dan medianus (Cunningham, 2006).

8. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau bisa disebut sebagai curah jantung (cardiac output) meningkat 30-50 %.. Tekanan darah akan turun 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 70x/menit menjadi 80-90x/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan decompensate cordis (Sulistyawati Ari, 2009).

9. Metabolisme dan Indeks Masa Tubuh

Basal Metabolik Rate (BMR) meningkat 15% - 20% untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Air Susu Ibu) yang ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori dibutuhkan terutama dari pembakaran hidrat arang khususnya kehamilan 20 minggu ke atas. Peningkatan berat badan ibu disebabkan oleh hasil konsepsi (fetus, plasenta, cairan ketuban) dan berat ibu (uterus, mammae yang membesar, volume darah meningkat, lemak, protein, adanya retensi air). Berat badan wanita hamil naik 6,5kg - 16,5kg, rata-rata 12,5kg, terutama 20 minggu terakhir (Rukiyah, 2009).

10. Darah dan Pembekuan Darah

Volume plasma meningkat pada minggu ke-6 kehamilan sehingga terjadi pengenceran darah (Hemodilusi) dengan puncaknya pada umur kehamilan 32 - 34 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25% - 30% dan sel darah bertambah 20%. Massa sel darah merah terus naik sepanjang kehamilan. Hematokrit meningkat dari Trimester I - Trimester III (Rukiyah, 2009).

Kebutuhan zat besi menurut Waryana,(2010) adalah sebagai berikut:

- a. Trimester I : Kebutuhan zat besi \pm 1 mg/hari, (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah 30-40 mg untuk kebutuhan janin dan sel darah merah
- b. Trimester II : Kebutuhan zat besi \pm 5 mg/hari, (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg dan conceptus 115 mg
- c. Trimester III : Kebutuhan zat besi \pm 5 mg/hari, (kehilangan basal 0,8 mg/hari) di tamabah kebutuhan sel darah merah 150 mg dan conceptus 223mg. Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan. Kopi, teh, garam kalsium, magnesium dapat mengikat Fe sehingga mengurangi jumlah serapan. Karena itu sebaiknya tablet Fe ditelan bersamaan dengan makanan yang dapat memperbanyak jumlah serapan, sementara makanan yang mengikat Fe sebaiknya dihindarkan, atau tidak dimakan dalam waktu bersamaan. Disamping itu, penting pula diingat,

tambahan besi sebaiknya diperoleh dari makanan. Efek samping terapi tablet tambah darah pada ibu hamil Suplemen oral zat besi dapat menyebabkan mual, muntah, kram lambung, nyeri ulu hati, dan konstipasi (kadang-kadang diare). Namun derajat mual yang ditimbulkan oleh setiap preparat tergantung pada jumlah element zat besi yang diserap. Takaran zat besi diatas 60 mg dapat menimbulkan efek samping yang tidak dapat diterima pada ibu hamil sehingga terjadi ketidakpatuhan dalam pemakaian obat jadi tablet zat besi dengan dosis rendah lebih cenderung ditoleransi (dan diminum) dari pada dosisi tinggi. Bagi banyak wanita dosis rendah sudah memadai. Dosis tablet tambah darah pada ibu hamil Pemberian tablet tambah darah selama kehamilan merupakan salah satu cara yang paling cocok bagi ibu hamil untuk meningkatkan kadar Hb sampai tahap yang diinginkan, karena sangat efektif dimana satu tablet mengandung 60 mg Fe. Setiap tablet setara dengan 200mg ferrosulfat. Selama kehamilan minimal diberikan 90 tablet sampai 42 minggu setelah melahirkan diberikan sejak pemeriksaan ibu hamil pertama.

- (1) Pemberian tablet tambah darahi lebih bisa ditoleransi jika dilakukan pada saat sebelum tidur malam
- (2) Pemberian tablet tambah darah harus dibagi serta dilakukan dengan interval sedikitnya 6-8 jam, dan kemudian interval ini di tingkatkan hingga 12 atau 24 jam jika tinbul efek samping

- (3) Muntah dan kram perut merupakan efek samping dan sekaligus tanda dini toksitasi zat besi, keduanya ini menunjukkan perlu mengubah (menurunkan) dosis zat besi dengan segera
- (4) Minum tablet tambah darah pada saat makan atau segera sesudah makan selain dapat mengurangi gejala mual yang menyertainya tetapi juga akan menurunkan jumlah zat besi yang diabsorpsi

11. Sistem Pernafasan

Sistem respirasi terjadi perubahan guna dapat memenuhi kebutuhan O₂. Karena pembesaran uterus terutama pada bulan-bulan terakhir kehamilan dan kebutuhan oksigen yang meningkat $\pm 20\%$ untuk metabolisme janin. Oleh karena diafragmanya tidak dapat bergerak bebas menyebabkan bagian thorax juga melebar kesisi luar. Dorongan rahim yang membesar terjadi desakan diafragma. Terjadi desakan rahim dan kebutuhan O₂ meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih cepat 20 – 25 % dari biasanya (Rukiyah, 2009).

12. Sistem Persyarafan

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular berikut:

- a. Kompresi syaraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- b. Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf.
- c. Edema yang melibatkan syaraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan.

- d. Akroestesia (mati rasa di tangan) yang mungkin disebabkan posisi berdiri dengan bahu bungkuk yang sering dihubungkan dengan penarikan segmen fleksus brachial (Rukiyah,2009).

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologi Kehamilan pada Trimester III

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayinya sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapanpun, membuatnya berjaga-jaga dan memperhatikan serta menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Pergerakan janin dan pembesaran uterus menjadi hal yang mengingankan keberadaan bayi.

Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri seperti apakah bayinya akan lahir normal. Pada trimester ketiga ibu akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya (Rukiyah, 2009, Varney's, 2007).

Periode antenatal adalah suatu kondisi yang dipersiapkan secara fisik dan psikologis untuk kelahiran dan menjadi orang tua. Kunjungan antenatal dimulai segera setelah tidak mendapat haid, sehingga bisa diidentifikasi diagnosis dan perawatan terhadap kelainan yang mungkin muncul pada ibu hamil. Ini adalah proses kelekatan dan ibu merasakan sebagai berikut :

1. Merasakan realistis pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
2. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
3. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
4. Merasa kehilangan perhatian.
5. Perasaan mudah terluka (sensitive).
6. Libido menurun.
7. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
8. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
9. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul.
10. Mempersiapkan kelahiran.
11. Persiapan menjadi orang tua.
12. Spekulasi mengenai jenis kelamin anak.
13. Keluarga berintraksi dengan menempatkan telinganya ke perut ibu dan berbicara dengan fetus.
14. Trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan (Varney's, 2007, Sulistyawati, 2009).

2.1.4 Ketidaknyamanan Trimester III (Nyeri Punggung)

1. Definisi

Nyeri punggung adalah gangguan yang umum terjadi pada masa kehamilan, atau mungkin ibu memiliki riwayat sakit punggung sebelumnya. Nyeri punggung bawah sangat sering terjadi dalam kehamilan sehingga di gambarkan sebagai salah satu gangguan minor dalam kehamilan. Nyeri punggung serig disebut nyeri alih, terutama dari organ panggul. Nyeri ini perlu di pertimbangkan sebelum berasumsi bahwa nyeri berasal dari ortopedik (Robson, 2012).

2. Etiologi

Berikut ini beberapa penyebab terjadinya nyeri punggung pada kehamilan: Peningkatan paritas, Posisi janin, terutama malposisi, Riwayat nyeri punggung dalam kehamilan sebelumnya, Peningkatan berat badan dan kelelahan, Perubahan dan adaptasi postural, Kelemahan sendi dan ligament (Robson, 2012).

3. Patofisiologi

Rasa nyeri fisiologis ini dapat dikurangi bahkan dicegah dengan melakukan latihan-latihan tubuh selama terus membesar. Pembesaran uterus ini akan memaksa ligament-ligamen, otot-otot,serabut saraf dan punggung tertegangkan, sehingga beban tarikan tulang punggung kearah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis. Hal ini yang menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil (Irianti dkk, 2013).

4. Penatalaksanaan

Cara-cara untuk mengatasi nyeri punggung pada kehamilan yaitu: Menghindari factor yang mempengaruhi nyeri, Memakai sepatu berhak pendek atau tanpa hak, gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat, kompres air hangat dan dingin, Masase dibagian nyeri, tirah baring, Latihan untuk menguatkan punggung contoh dengan berenang dan senam hamil (Robson, 2012).

5. Management Nyeri

Menurut Tamsuri, A (2006) Manajemen nyeri atau Pain management adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau pain relief. Management nyeri ini menggunakan pendekatan multidisiplin yang didalamnya termasuk pendekatan farmakologikal (termasuk pain modifiers), non farmakologikal dan psikologikal.

a. Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada yang bermielien dan ada juga yang tidak bermielien dari syaraf perifer. Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatik dalam (deep

somatic), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

- 1) Nosireceptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu : a) Reseptor A delta yang merupakan serabut komponen cepat (kecepatan tranmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan. b) Serabut C yang merupakan serabut komponen lambat (kecepatan 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi.
- 2) Struktur reseptor nyeri somantik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi.
- 3) Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetap sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia, inflamasi.

(Tamsuri,A. 2006)

b. Teknik Manajemen Nyeri

Dalam manajemen nyeri, terdapat empat teknik yang bisa digunakan, antara lain :

1) Stimulus kutaneus

Merupakan teknik reduksi nyeri dengan melakukan stimulasi pada kulit untuk menghilangkan nyeri. Beberapa teknik untuk stimulasi kulit antara lain :Kompres dingin, Analgetic ointments, Counteriritan, seperti plester hangat, Contralateral stimulation, yaitu massage kulit pada area yang berlawanan dengan area nyeri

2) Distraksi

Merupakan teknik reduksi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada hal lain sehingga kesadaran terhadap nyerinya berkurang. Teknik distraksi dapat dilakukan diantaranya dengan cara : Nafas dalam lambat dan berirama, Massage and slow, rhythmic breathing, Rhythmic singing and tappin, Active listening, Guided imagery (kekuatan imajinasi klien bisa dengan mendengarkan musik yang lembut)

3) Anticipatory Guidance

Merupakan teknik reduksi yang dilakukan oleh bidan dengan cara memberikan informasi yang dapat mencegah terjadinya misinterpretasi dari kejadian yang dapat menimbulkan nyeri dan membantu pemahaman apa yang diharapkan. Informasi yang diberikan kepada klien diantaranya : Penyebab nyeri, Proses terjadinya nyeri, Lama dan kualitas nyeri, Berat-ringannya nyeri,

Lokasi nyeri, Informasi tentang keamanan yang akan diberikan kepada klien, Metode yang digunakan perawat pada klien untuk mengurangi nyeri, Hal-hal yang diharapkan klien selama prosedur

4) Relaksasi

Teknik relaksasi terutama efektif untuk nyeri kronik dan memberikan beberapa keuntungan, antara lain : Relaksasi akan menurunkan ansietas yang berhubungan dengan nyeri atau stres, Menurunkan nyeri, Menolong individu untuk melupakan nyeri, Meningkatkan periode istirahat dan tidur, Meningkatkan keefektifan terapi nyeri lain, Menurunkan perasaan tak berdaya dan depresi yang timbul akibat nyeri

Sulistiyawati (2009), menganjurkan beberapa teknik relaksasi antara lain sebagai berikut :

- a) Klien menarik nafas dalam dan menahannya di dalam paru
- b) Secara perlahan-lahan keluarkan udara dan rasakan tubuh menjadi kendor dan rasakan betapa nyaman hal tersebut
- c) Klien bernafas dengan irama normal dalam beberapa waktu
- d) Klien mengambil nafas dalam kembali dan keluarkan secara perlahan - lahan, pada saat ini biarkan telapak kaki relaks. Perawat minta kepada klien untuk mengkonsentrasikan pikiran pada kakinya yang terasa ringan dan hangat.
- e) Ulangi langkah diatas dan konsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot-otot yang lain.

- f) Setelah klien merasa relaks, klien dianjurkan bernafas secara perlahan. Bila nyeri menjadi hebat klien dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

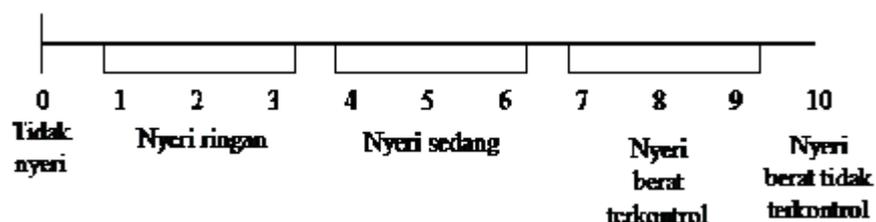
(Tamsuri,A. 2006)

6. Penilaian Klinis Nyeri

Menurut Uliyah,dkk, 2012 dalam pemilihan instrument pengkajian nyeri, diperlukan pertimbangan yang sesuai dengan karakteristik nyeri yang dialami oleh individu yang akan diukur tingkat nyerinya. Beberapa instrument pengkajian nyeri yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

a. Skala pendeskripsian verbal (Verbal Descriptor Scale/VDS)

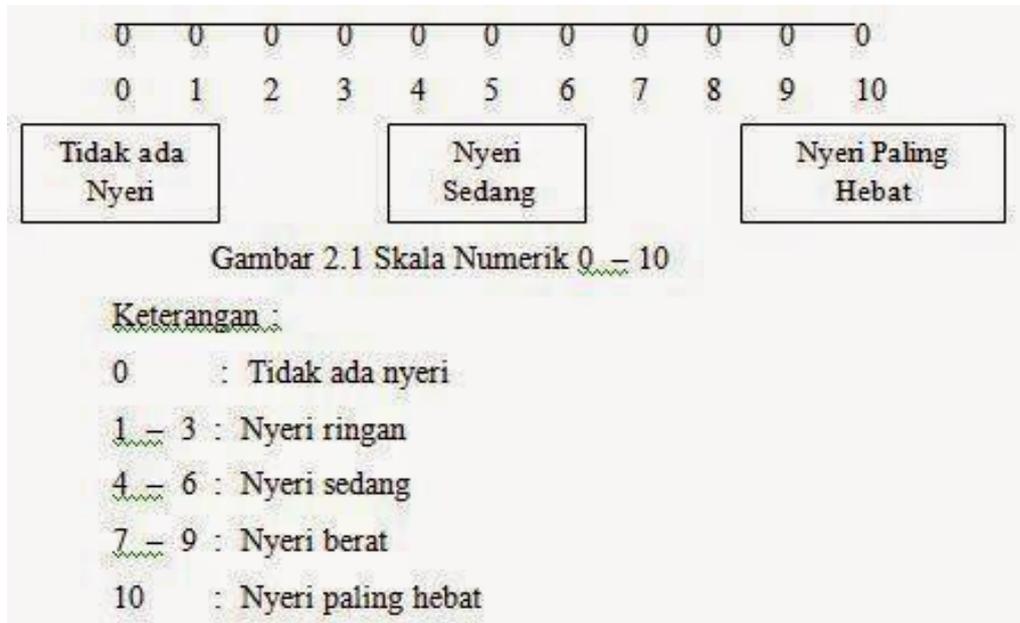
Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dan tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri. Pengukur menunjukkan ketpada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri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



Gambar 1. 1 Verbal Descriptor Scale/VDS

- b. 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

c. 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

d. Parameter Nyeri

- 1) Skala 0 = tidak ada rasa nyeri pada waktu istirahat dan aktivitas
- 2) Skala 1= nyeri ringan, saat istirahat tidak ada rasa nyeri saat bekerja lama terasa nyeri
- 3) Skala 2= nyeri sedang, rasa nyeri terus-menerus tetapi masih bisa diabaikan atau tidak mengganggu.
- 4) Skala 3= nyeri berat, tak tertahankan dan mengganggu aktifitas.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- a. latihan nafas melalui senam hamil
- b. tidak dengan bantal yang lebih tinggi.
- c. makna tidak terlalu banyak
- d. kurangi atau hentikan merokok
- e. konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.
- f. Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigen fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supine).

2. Nutrisi Dalam Kehamilan

Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang)

a. Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energy. Bila kurang energy akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya di pakai untuk pertumbuhan. Pada trimester 3, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembanganjanin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar.

b. Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu. Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 g/kg BB/hari tetapi selama kehamilan di butuhkan tambahan protein hingga 30 kg/ hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung

komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produksi susu disamping sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium.

c. Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makanan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Kebutuhan akan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferokumara atau feroglukonat/ hari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemi, dibutuhkan 60-100 mg/ hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 g kalsium. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 g/hari. Pada umumnya dokter selalu memberi suplemen mineral dan vitamin prenatal untuk mencegah kemungkinan defisiensi.

d. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

3. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan

dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

4. Pakaian Selama Kehamilan

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dapat dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang diperhatikan dan hindari yaitu :

- a. Sabuk dan stoking yang terlalu ketat, karena akan mengganggu aliran balik
- b. Sepatu dengan hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

5. Eliminasi

Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (trikomona) tumbuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu, sehingga sering digaruk dan menyebabkan saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan harus menggunakan tisu atau lap atau

handuk yang bersih setiap kali melakukannya. Memberihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rectum ke muara uretra dan meningkatkan risiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih disukai yang berwarna putih, dan tidak diberi wewangian, karena tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam. Apabila perasaan ingin berkemih muncul jangan diabaikan, menahan berkemih akan membuat bakteri didalam kandung kemih berlipat ganda.

6. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila:

- a. terdapat perdarahan pervaginam
- b. terdapat riwayat abortus berulang
- c. abortus atau partus prematurus imminens
- d. ketuban pecah
- e. serviks telah membuka

7. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/ aktivitas fisik selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai

dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. Sikap yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil:

a. Duduk

Tempatkan tangan dilutut dan Tarik tubuh ke posisi tegak. Atur dagu ibu dan Tarik bagian atas seperti ketika ibu berdiri.

b. Berdiri

Sikap berdiri yang benar sanagn membantu sewaktu hamil disaat berat janin bertambah, jangan berdiri untuk jangka waktu yang lama. Berdiri dengan menegakkan bahu dan mengangkat pantat. Tegak lurus dengan telinga sampai ketumit kaki.

c. Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu ber hak tinggi atau tanpa hak. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan. Bila memiliki anak balita usahakan upaya tinggi pegangan keretanya sesuai untuk ibu.

d. Tidur

Ibu boleh tidur tengkurap, kalua sudah terbiasa, namun tekuklah sebelah kaki dan pakailah guling, supaya ada ruang bagi bayi anda. Posisi miring juga menyenangkan, namun jangan lupa memakai guling untuk menompang berat bayi anda. Sebaiknya setelah usia kehamilan 6 bulan, hindari tidur terlentang, karena tekanan Rahim pada pembuluh darah utama dapat menyebabkan pingsan.

e. Bangun dari berbaring

Untuk bangundari bangun tidur, geser dahulu tubuh ibu ketepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap ibu bangun dari berbaring.

f. Membungkuk dan mengangkat

Terlebih dahulu menekuk lutut dan gunakan otot kaki untuk tegak kembali. Hindari membungkuk yang dapat membuat punggung tegang, termasuk untuk mengambil sesuatu yang ringan sekalipun.

8. Senam Hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan dipagi hari, renang, olahraga ringan, dan senam hamil.

- a. Berjalan-jalan di pagi hari yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan dipagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar. Jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari mempunyai arti penting untuk dapat menghirup udara pagi yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul dapat mempercepat turunnya kepala bayi kedalam posisi optimal atau normal, dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan. Berjalan juga dapat dengan cukup lembut sehingga walaupun anda belum pernah mengerjakannya anda dapat memulainya pada waktu hamil.

b. Senam hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil ditujukan pada ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilannya, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, kehamilan yang disertai dengan anemia). Syarat-syarat senam hamil:

- 1) telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan
- 2) latihan dilakukan setelah kehamilannya setelah 22 minggu
- 3) latihan dilakukan secara teratur dan disiplin
- 4) sebaiknya latihan dilakukan dirumah sakit atau klinik di bawah instruktur senam hamil

menurut Mandriati (2008) banyak manfaat yang didapatkan jika ibu hamil melakukan senam hamil yaitu memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul, melenturkan persendian yang berhubungan dengan proses persalinan, membentuk sikap tubuh yang prima sehingga dapat membantu mengatasi keluhan nyeri punggung, mengurangi sesak nafas, memposisikan letak janin, menguasai teknik-teknik pernafasan dalam persalinan dan dapat mengatur diri pada ketegangan

dari manfaat diatas biasanya yang paling ibu perlukan yaitu untuk memposisikan letak janin tetapi banyak budaya yang masih dilakukan dan menjadi tradisi saat mendekati proses persalinan contohnya seperti melakukan Pijat Perut. Menurut Nugraheni (2010) mengungkapkan bahwa pijat perut ibu hamil untuk merubah posisi janin merupakan mitos belaka, sebaiknya tindakan pijat perut ini justru akan sangat membahayakan untuk perempuan terutama pada ibu hamil. Seluruh bagian tubuh lain boleh di urut atau dipijat “asalkan bukan perut “, perut merupakan bagian yang sangat sensitif bagi perempuan, karena organ-organ vital seperti usus, lambung, hati dan lain-lainnya semua terletak di bagian perut. Tindakan yang dianjurkan hanya meminta agar ibu hamil banyak ”Melakukan sujud atau senam hamil“ itu lebih aman.

9. Istirahat / Tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama satu jam. Ibu hamil harus menghindari posisi duduk dan berdiri dalam menggunakan kedua ibu jari,dilakukan 2 kali sehari selama lima menit.

(Kusmiyati. 2009)

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, adalah:

1. Perdarahan pervaginam
2. Sakit kepala yang hebat
3. Penglihatan kabur
4. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
5. Bengkak pada muka dan jari tangan
6. Keluar cairan pervaginam
7. Gerakan janin tidak terasa

Selama pemeriksaan antenatal, ibu mungkin tidak memberitahukan jika ia memiliki tanda-tanda bahaya tersebut atau dapat terdeteksi oleh tenaga kesehatan. Penting bagi bidan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya tersebut pada setiap kunjungan. Jika bidan menemukan suatu tanda bahaya ini, maka tindakan selanjutnya adalah melaksanakan semua kemungkinan untuk membuat suatu assessmen/diagnosa dan membuat rencana penatalaksanaan yang sesuai.

(Kusmiyati, 2009)

2.1.7 Asuhan Kehamilan Terpadu

1. Timbang berat badan

Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)
Ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi memiliki LiLA kurang dari 23,5cm.
3. Ukur tekanan darah
Untuk mendeteksi adanya hipertensi dalam kehamilan dan preeklamsia.
4. Ukur tinggi fundus uteri
Untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan.
Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.
5. Hitung denyut jantung janin (DJJ)
DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin.
6. Tentukan presentasi janin
Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin.
7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
Untuk mencegah terjadinya *Tetanus neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT.
8. Beri tablet tambah darah (tablet besi)
Untuk mencegah anemia gizi, setiap ibu hamil harus mendapat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.
9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) meliputi :
 - a. Pemeriksaan golongan darah. Untuk mempersiapkan calon pendonor sewaktu-waktu diperlukan jika terjadi kegawatdaruratan.

- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb). Untuk mengetahui ibu hamil mengalami anemia atau tidak. Pemeriksaan dilakukan minimal 1 kali pada trimester 1 dan 1 kali pada trimester 3.
- c. Pemeriksaan protein dalam urin. Untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada trimester 2 dan 3 atas indikasi.
- d. Pemeriksaan kadar gula darah. Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Mellitus maka harus dilakukan pemeriksaan minimal 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 1 kali pada akhir kehamilan trimester 3.
- e. Pemeriksaan darah malaria. Di daerah endemis malaria, semua ibu hamil dilakukan pemeriksaan darah. Ibu hamil di daerah non endemis malaria, pemeriksaan dilakukan jika ada indikasi.
- f. Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Menurut Kemenkes RI, (2011) Kebijakan Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak antara lain meliputi:
 - 1) Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan dan menitikberatkan pada upaya promotif dan Preventif
 - 2) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak diprioritaskan pada daerah dengan epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, sedangkan

upaya pencegahan IMS dan eliminasi sifilis kongenital dapat dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tanpa melihat tingkat epidemi HIV

- 3) Memaksimalkan kesempatan tes HIV dan sifilis bagi perempuan usia reproduksi (seksual aktif), ibu hamil dan pasangannya dengan penyediaan tes diagnosis cepat HIV dan sifilis; memperkuat jejaring rujukan layanan HIV dan IMS (termasuk akses pengobatan ARV)
- 4) Pengintegrasian kegiatan PMTCT ke layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja. Pendekatan intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung pelaksanaan program
- 5) Peningkatan peran aktif berbagai pihak termasuk mobilisasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan pengembangan upaya PMTCT.

Sesuai Pedoman PPIA (2011), pengembangan strategi implementasi PMTCT merupakan bagian dari tujuan utama pengendalian HIV-AIDS, yaitu untuk menurunkan kasus HIV serendah mungkin dengan menurunnya jumlah infeksi HIV baru, mengurangi stigma dan diskriminasi, serta menurunnya kematian akibat AIDS (Getting to Zero). Sedangkan dalam

pelaksanaannya, PMTCT perlu memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

- (a) Semua perempuan yang datang ke pelayanan KIA, KB, dan kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja bisa mendapatkan informasi terkait reproduksi sehat, penyakit IMS/ HIV, dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak selama masa kehamilan dan menyusui
- (b) Tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis merupakan pemeriksaan yang wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil pada daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi yang datang ke layanan KIA/KB. Di layanan KIA tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis ditawarkan sebagai bagian dari paket perawatan antenatal terpadu mulai kunjungan antenatal pertama hingga menjelang persalinan. Apabila ibu menolak untuk dites HIV, petugas dapat melaksanakan konseling pra-tes HIV atau merujuk ke layanan konseling dan testing sukarela
- (c) Konseling pasca tes bagi ibu yang hasil tesnya positif sedapatnya dilaksanakan bersamaan (couple counselling), termasuk pemberian kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS dan HIV di fasilitas pelayanan kesehatan Perlu partisipasi laki-laki dalam mendukung keberhasilan PMTCT.

Kebijakan PPIA/PMTCT tersebut terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif, antara lain meliputi:

- (d) Pelaksanaan pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) diintegrasikan pada layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), dan konseling remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap, dengan melibatkan peran swasta serta LSM
- (e) Pelaksanaan kegiatan PPIA/PMTCT terintegrasi dalam pelayanan KIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS
- (f) Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA, KB, dan kesehatan remaja harus mendapat informasi mengenai PPIA/PMTCT
- (g) Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.
- (h) Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan
- (i) Untuk daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu atau berwenang, pelayanan PPIA/PMTCT dapat dilakukan dengan cara merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai atau pelimpahan wewenang (task shifting)

- kepada tenaga kesehatan yang terlatih. Penetapan daerah yang memerlukan task shifting petugas dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan setempat
- (j) Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP)
 - (k) Kepala Dinas Kesehatan merencanakan ketersediaan logistik (obat dan pemeriksaan tes HIV) berkoordinasi dengan Ditjen P2PL, Kemenkes
 - (l) Pelaksanaan pertolongan persalinan baik secara per vaginam atau per abdominam harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar.
 - (m) Sesuai dengan kebijakan program bahwa makanan terbaik untuk bayi adalah pemberian ASI secara eksklusif selama 0-6 bulan, maka ibu dengan HIV perlu mendapat konseling laktasi dengan baik sejak perawatan antenatal pertama, namun apabila ibu memilih lain (pengganti ASI) maka, ibu, pasangan, dan keluarganya perlu

(Kemenkes RI, 2011).

10. Tatalaksana/penanganan kasus. Penanganan kasus harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.
11. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) efektif. KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :
 - a. Kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat

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

(Kementerian Kesehatan, 2010)

2.1.8 Kunjungan kehamilan

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan.

Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan (2010), setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwa. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal:

1. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
2. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antaraminggu 14-28)
3. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke-36). (Varney : 2008)

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sarwono, 2008)

Persalinan adalah kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir (Cunningham, F Gary., 2012)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan ketuban keluar dari uterus. (Asrinah, 2010)

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

2.2.2 Tanda – tanda Persalinan

1. Terjadi Lightening

Menjelang minggu ke-36 tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah mulai masuk pintu atas panggul dan menyebabkan :

- a. Ringan dibagian atas, dan rasa sesaknya berkurang
- b. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- c. Terjadinya kesulitan saat berjalan
- d. Sering kencing
- e. Terjadi His Permulaan
- f. Makin tua usia kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitoksin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini disebut juga his palsu, sifat his palsu antara lain: Rasa nyeri ringan, Datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktifitas, tanda – tanda timbulnya persalinan (Inpartu):

2. Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks. His persalinan memiliki ciri – ciri sebagai berikut:

- a. Pinggangnya terasa sakit dan menjalar kedepan
- b. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar

- c. Terjadi perubahan pada serviks
 - d. Jika pasien menambah aktifitasnya maka kekuatan his akan bertambah
3. Keluarnya Lendir Bercampur Darah Pervaginam
- Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lender dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah berasal dari robeknya pembuluh darah yang waktu serviks membuka
4. Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan ekstraksi vakum atau section caesarea
5. Dilatasi dan Effacement
- Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur – angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula 1 – 2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal ostium yang tipis seperti kertas (Marmi, 2012).

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Passage (Jalan lahir)

Merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Jalan lahir merupakan komponen yang tetap, artinya dalam konsep obstetri modern tidak diolah untuk melancarkan proses persalinan kecuali jalan lunak pada keadaan tertentu tanpa membahayakan janin.

2. Power (His dan daya mengejan ibu)

Ialah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot – otot polos rahim bekerja baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrinsik. Ini berarti wanita tidak memiliki kendali dibawah pengaruh saraf intrinsik. Ini berarti wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi yaitu mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta.

b. Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- 1) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show.
- 2) His pembukaan (kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit. Pada fase laten His adekuat (kontraksi uterus minimal 2x dalam 10 menit).
Fase aktif persalinan, Frekuensi dan lama kontraksi uterus

umumnya meningkat (his adekuat 3x 10 menit atau lebih dan selama 40 detik atau lebih)

- 3) His pengeluaran (kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, dan terkoordinasi
 - 4) His pelepasan plasenta (kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta
 - 5) His pengiring (kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.
- c. Hal-hal yang harus diperhatikan pada his saat melakukan observasi:
- 1) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per menit per 10 10 menit.
 - 2) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah).
 - 3) Durasi (lama his) : lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dalam detik, misalnya 50 detik.
 - 4) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya, his datang tiap 2-3 menit.

3. Passanger (Janin dan plasenta)

a. Janin

Pessenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi,

letak, sikap, dan posisi janin. Karena pasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari pesengger yang

menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

b. Plasenta

Merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterin. Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak atau sebaliknya.

4. Psikis (Psikologis)

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama fase laten, aktif dan transisi pada kala 1 persalinan memiliki karakteristik masing-masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan. Kondisi psikologis ibu bersalin dapat juga dipengaruhi oleh dukungan dari pasangannya, orang terdekat, keluarga, penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diharapkan atau tidak.

5. Penolong persalinan

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Langkah utama yang harus dikerjakan adalah mengkaji

perkembangan persalinan, memberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patofisiologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan pada ibu dan keluarga (Nurasiah dkk, 2011).

Menurut Cunningham,(2009) Rasa takut dan sakit menimbulkan stress yang mengakibatkan pengeluaran adrenalin, hal ini mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke rahim sehingga terjadi penurunan kontraksi rahim yang akan menyebabkan memanjangnya waktu persalinan. Kejadian persalinan lama, disebabkan karena kontraksi uterus yang tidak efisien, adanya disfungsi kontraksi uterus sebagai respon terhadap kecemasan sehingga menghambat aktifitas uterus. Respon tersebut adalah bagian dari komponen psikologis, sehingga dapat dinyatakan bahwa faktor psikologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan proses persalinan.

2.2.4 Perubahan psikologi ibu bersalin

1. Fase Laten

Ibu bisa bergairah atau cemas. Mereka biasanya menghendaki ketegasan mengenai apa yang sedang terjadi pada tubuh mereka maupun mencari keyakinan dan hubungan dengan bidannya.

2. Fase Aktif

Pada persalinan stadium dini ibu masih tetap makan dan minum atau tertawa dan ngobrol dengan riang diantara kontraksi. Begitu persalinan maju, ibu tidak punya keinginan lagi untuk makan atau mengobrol, dan ia menjadi pendiam dan bertindak lebih didasari naluri.

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan sebagai berikut :

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- f. Apakah bayinya normal atau tidak
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas

(Nuraisiah dkk, 2012)

2.2.5 Fase persalinan

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala satu dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- a. Fase laten: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

- b. Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:
- 1) Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - 2) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) Fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses di atas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I. Ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi Kepala membuka pintu. Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.

- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
 - f. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - 1) Kepala dipegang pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
 - g. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 – 2 jam dan multigravida 1,5 – 1 jam.
3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

- a. Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain:

- 1) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasenta hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini,

perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

2) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20 %. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarnya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b. Fase pengeluaran plasenta

1) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

2) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (cara ini tidak digunakan lagi)

3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

4. Kala IV (Kala Pengawasa/Observasi/Pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perinium. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat: jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, priksa ulang terlebih dulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut:

- a. Kontraksi dalam rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotonika, seperti methergin dan oksitoksin.
- b. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
- c. Kandung kemih harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- d. Luka-luka jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- e. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- f. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain dan bayi dalam keadaan baik (Sondakh, 2013).

2.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

1. Riwayat bedah sesar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5. Ketuban pecah lama (>24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda atau gejala infeksi
10. Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primi para dalam fase aktif, kepala masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi ganda (majemuk)
16. Kehamilan ganda atau gemelli
17. Tali pusat menumbung
18. Syok

(APN, 2008)

2.2.7 Standart Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, focus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2009: 334).

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.

8. Melakukan pemeriksaan dalam - pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai - pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

25. Melakukan penilaian selintas :
 - (1)Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - (2)Apakah bayi bergerak aktif?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
37. melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. menurut Permenkes no 12 tahun (2017) imunisasi Hepatitis B diberikan saat bayi berusia 0-24 jam karena penularan dari ibu hamil ke bayinya merupakan jalur masuk utama penyebaran penyakit hepatitis B di Asia, hal ini terjadi karena infeksi hepatitis B pada ibu hamil masih sangat tinggi.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf

(APN. 2008)

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Sarwono, 2014 : 356)

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira selama 6 minggu (42 hari) (Dewi, 2011).

Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Sondakh, 2013).

Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan serta bayi. Bagi ibu yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya, ibu menyadari terjadinya perubahan kehidupan yang sangat bermakna selama hidupnya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga dan aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru. Termasuk didalamnya perubahan dari seorang perempuan menjadi seorang ibu disamping masa pascapersalinan mungkin menjadi masa perubahan dan penyesuaian sosial ataupun perseorangan (individual) (Sarwono, 2014).

2.3.2 Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium. Perhatikan penjelasan berikut :

1. Puerperium Dini

Merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam Agama Islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium Intermedial

Merupakan masa kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia, yang lamanya sekitar 6 – 8 minggu.

3. Remote Puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu – minggu, bulanan, bahkan tahunan.

(Sulistyawati, 2009)

2.3.3 Kunjungan Pada Masa Nifas

Kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan – kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya

3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Tabel 2. 1 Kebijakan program kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uter 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarah masa nifa karena atonia uteri 4) Pemberian ASI awal 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, maka ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai bayinya dalam keadaan stabil
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit. 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali

		pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti kunjungan ke – 2
4	6 minggu setelah persalinan	1) Menanyakan pada ibu tentang kesulitan – kesulitan yang ibu atau bayinya alami. 2) Memberikan konseling KB secara dini.

(Sulistyawati, 2009)

2.3.4 Perubahan fisik dan adaptasi psikologis masa nifas

1. Perubahan fisiologi pada masa nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

a) 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).

b) Lochea

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

(1) Lochea 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.

(2) Lochea sanguinolenta

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

(3) Lochea serosa

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

(4) Lochea alba/putih

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

2) 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).

3) 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).

4) 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).

5) 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 ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan (Saleha, 2009).

6) 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).

7) Sistem endokrin

Selama 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

8) Perubahan tanda vital

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

1. 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.

2. 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

3. 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).

2. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas, yaitu:

a. Fase taking in

Yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama sampai pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (*listening skills*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan pada suami dan

keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dapat melewati fase ini dengan baik.

b. Fase taking hold

Adalah fase atau periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati – hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya dengan mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain – lain.

c. Fase letting go

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran berunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

(Handayani, 2011)

2.3.5 Kebutuhan dasar masa nifas

Untuk membantu proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup, dan sebagainya. Kebutuhan – kebutuhan tersebut adalah:

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 – 4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200. 000 unit) agar bisa memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASInya. Zat – zat yang ibu butuhkan pasca persalinan:

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 – 500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan

mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI berkurang.

b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian, 830 cc ASI mengandung 10 gram protein. Efisiensi konversi protein makanan menjadi protein susu hanya 70% (dengan variasi perorangan). Peningkatan kebutuhan ini ditujukan bukan hanya transformasi menjadi protein susu, tetapi juga untuk sintesis hormone yang memproduksi (prolaktin), serta pengeluaran ASI (oksitosin). (Sulistiyawati, 2009)

c. Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Didapatkan dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium.

d. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat dari gandum dan kacang – kacangan.

e. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya 3 porsi sehari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{8}$ semangka, $\frac{1}{4}$ mangga, $\frac{3}{4}$ cangkir brokoli, $\frac{1}{2}$ wortel, $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

f. Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi per hari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ cangkir jagung, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari biji utuh, 2 – 6 biskuit kering.

g. Lemak

Rata – rata kebutuhan lemak dewasa adalah $4 \frac{1}{2}$ porsi lemak (14 gram per porsi)perharinay. Satu porsi lemak setara dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, $\frac{1}{2}$ buah alpukat, dua sendok makan selai kacang, 120 – 140 gram daging.

h. Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang.

i. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu, dan sup.

j. Vitamin

Tabel 2. 2 Perbandingan tambahan nutrisi ibu menyusui untuk wanita Asia dan Amerika

No.	Nutrisi	Wanita Asia	Wanita Amerika
1	Vitamin C	100 mg	40 mg
2	Vitamin B-1	1,3 mg	0,5 mg
3	Vitamin B-2	1,3 mg	0,5 mg
4	Vitamin B-12	2,6 mikrogram	1 mikrogram
5	Vitamin D	10 mikrogram	5 mikrogram

(Sumber : Vivian, 2011)

k. Zinc

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dari daging, telur dan gandum. Enzim dalam perencanaan dan metabolisme memerlukan zinc. Kebutuhan zinc setiap hari sekitar 12 mg.

l. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan ASI. Sumber DHA ada pada telur, hati dan ikan.

2. Ambulasi dini

Disebut juga early ambulation. Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu ibu butuh istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidur. Ibu postpartum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24 – 28 jam setelah

melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan dan kiri, duduk dan kemudian berjalan.

Kuntungan ambulasi dini adalah:

- a. Ibu merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Fungsi usus, sirkulasi darah, paru – paru, dan perkemihan lebih baik.
- c. Memungkinan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- d. Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat BAK. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat BAB karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk BAB secara lancar. Feses yang tertahan semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus (Sulistyawati, 2009).

4. Kebersihan diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain:

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi pada kulit bayi

- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3 – 4 jam supaya ganti pembalut.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kelaminnya.
- e. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka karena apabila ibu kurang memperhatikan kebersihan tangannya bisa terjadi infeksi sekunder.

(Vivian, 2011)

5. Istirahat

Anjurkan ibu untuk:

- a. Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- b. Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur
- c. Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- d. Mengatur kegiatan rumahnya sendiri dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira – kira 2 jam dan malam 7 – 8 jam.

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat menyebabkan:

- 1) Mengurangi jumlah ASI
- 2) Memperlambat involusi yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan dan Depresi (Vivian, 2011).

6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Tetapi, budaya dan agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Sulistyawati, 2009).

7. Konseling KB (Keluarga Berencana)

Keluarga berencana adalah keluarga yang berkualitas yaitu keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan. (BPPPK, 2010 : vii). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya.

Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Dalam memberikan konseling, hendaknya dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan SATU TUJU yaitu:

- a. SA : sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- b. T : tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.
- c. U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi post partum dibagi menjadi 2 yaitu

metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana dibagi dua, yaitu metode kontrasepsi sederhana dengan alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (senggama terputus, MAL (Metode Amenores Laktasi)). Sedangkan metode modern dibagi menjadi dua, yaitu hormonal (kontrasepsi progestin, pil progestin, implan) dan non hormonal (AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), tubektomi, vasektomi).

- d. TU : bantulah klien untuk menemukan pilihannya dan tetap memotivasi pasien untuk melakukan ASI eksklusif beberapa alternatif KB yang bisa dipilih untuk ibu menyusui yaitu bisa dengan metode sederhana seperti alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (senggama terputus, MAL (Metode Amenores Laktasi)). Atau metode modern menggunakan hormonal yaitu pil laktasi, implant, dan suntik 3 bulan. Setelah itu AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) bisa dijadikan alternatif untuk ibu menyusui.
- e. J : jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
- f. U : perlunya dilakukan kunjungan ulang.

(Manuaba, 2010)

2.3.6 Ketidaknyamanan pada masa nifas

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.

(Vivian, 2011)

2.3.7 Tanda bahaya masa nifas

Menurut Prawirohardjo (2009), Tanda bahaya nifas yaitu suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas. Tanda-tanda bahaya nifas diantaranya :

1. Perdarahan pervaginam.
2. Pengeluaran lochea yang berbau busuk.
3. Sub involusi uteri.
4. Nyeri pada perut dan pelvis.
5. Pusing dan lemas berlebihan.
6. Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{c}$

2.3.8 Kunjungan ibu nifas

Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu:

1. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
2. Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 4-28 hari setelah persalinan.
3. Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 29-42 hari setelah persalinan.

(Vivian, 2011)

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi BBL

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Sondakh : 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sarwono, 2014).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 sampai 4000 gram (wafi. 2010).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Nur,w. 2010).

2.4.2 Ciri-ciri normal BBL

1. Berat badan 2500 – 4000 gram.
2. Panjang badan 48 – 50 cm.
3. Lingkar dada 32 – 34 cm.
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm.
5. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
7. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
11. Reflek hisap, menelan, dan moro telah terbentuk.

12. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama.

Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

(Sondakh, 2013)

2.4.3 Klarifikasi Umur Neonatus

Masa neonatal : usia 0 sampai 28 hari yang terdiri dari:

1. masa neonatal dini yaitu 0-7 hari
2. masa neonatal lanjut yaitu 8-28 hari²⁾
3. Masa pasca neonatal : 29 hari sampai 1 tahun.

(Sondakh, 2013)

2.4.4 Adaptasi BBL terhadap kehidupan diluar uteri

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Memulai segerapernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi.

Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ektrauterin.

2. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ektrauterin.

Setiap bayi baru lahir akan mengalami periode transisi, yaitu:

- a. Periode ini merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan. Yang akan dilalui oleh seluruh bayi dengan mengabaikan usia gestasi atau sifat persalinan atau melahirkan.
- b. Pada periode pertama reaktivitas (segera setelah lahir), akan terjadi pernapasan cepat (dapat mencapai 80 kali/menit) dan pernapasan cping hidung yang berlangsung sementara, retraksi, serta suara seperti

mendengkur dapat terjadi. Denyut jantung dapat mencapai 180 kali/menit selama beberapa menit kehidupan.

- c. Setelah respons awal ini, bayi baru lahir ini akan menjadi tenang, relaks, dan jatuh tertidur. Tidur pertama ini (dikenal sebagai fase tidur) terjadi dalam 2 jam setelah kelahiran dan berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam.
- d. Periode kedua reaktivitas, dimulai ketika bayi bangun, ditandai dengan respons berlebihan terhadap stimulus, perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis, dan denyut jantung cepat.
- e. Lendir mulut dapat menyebabkan masalah yang bermakna, misalnya tersedak/ aspirasi, tercekik, dan batuk.

1. Penilaian Apgar score

a. Pengertian Apgar

Apgar score adalah suatu metode penilaian yang digunakan untuk mengkaji kesehatan neonatus dalam menit pertama setelah lahir sampai 5 menit setelah lahir, serta dapat diulang pada menit ke 10 – 15. Nilai apgar merupakan standart evaluasi neonatus dan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk evaluasi di kemudian hari (Nur,w. 2010).

b. Tujuan Dilakukannya Apgar

Hal yang penting diketahui, bahwa penilaian skor ini dibuat untuk menolong tenaga kesehatan dalam mengkaji kondisi bayi baru lahir secara umum dan memutuskan untuk melakukan tindakan darurat atau tidak. Penilaian ini bukan sebagai prediksi

terhadap kesehatan bayi atau intelegensi bayi dimasa mendatang. Beberapa bayi dapat mencapai angka 10, dan tidak jarang, bayi yang sehat mempunyai skor yang lebih rendah dari biasanya, terutama pada menit pertama saat baru lahir. Sampai saat ini, skor apgar masih tetap digunakan, selain ketepatannya, juga karena cara penerapannya yang sederhana, cepat, dan ringkas dan yang terpenting dalam penentuan skor apgar ini adalah untuk menentukan bayi tersebut asfiksia atau tidak (Nur,w. 2010).

c. Kriteria

Tabel 2. 3 Lima kriteria Skor Apgar

Kriteria	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	seluruhnya biru atau pucat	warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi kepala dan ekstermitas kebiruan (akrosianosis)	warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	tidak teraba	<100 kali/menit	>100 kali/menit
<i>Grimace</i> (respons refleks)	tidak ada respons terhadap stimulasi	meringis/menangis lemah ketika di stimulasi	meringis/bersin/batuk saat stimulasi saluran napas
<i>Activity</i> (tonus otot)	lemah/tidak ada	sedikit gerakan	bergerak aktif
<i>Respiration</i> (pernapasan)	tidak ada	Lemah, tidak teratur	menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

d. Cara Penilaian Apgar

Skor Apgar dinilai pada menit pertama, menit kelima, dan menit kesepuluh setelah bayi lahir, untuk mengetahui perkembangan keadaan

bayi tersebut. Namun dalam situasi tertentu, Skor Apgar juga dinilai pada menit ke 10, 15, dan 20, hingga total skor 10.

1) *Appearance (warna kulit)* :

Menilai kulit bayi. Nilai 2 jika warna kulit seluruh tubuh bayi kemerahan, nilai 1 jika kulit bayi pucat pada bagian ekstremitas, dan nilai 0 jika kulit bayi pucat pada seluruh badan (Biru atau putih semua).

2) *Pulse (denyut jantung)* :

Untuk mengetahui denyut jantung bayi, dapat dilakukan dengan meraba bagian atas dada bayi di bagian apeks dengan dua jari atau dengan meletakkan stetoskop pada dada bayi. Denyut jantung dihitung dalam satu menit, caranya dihitung 15 detik, lalu hasilnya dikalikan 4, sehingga didapat hasil total dalam 60 detik. Jantung yang sehat akan berdenyut di atas 100 kali per menit dan diberi nilai 2. Nilai 1 diberikan pada bayi yang frekuensi denyut jantungnya di bawah 100 kali per menit. Sementara bila denyut jantung tak terdeteksi sama sekali maka nilainya 0.

3) *Grimace (respon reflek)* :

Ketika selang suction dimasukkan ke dalam lubang hidung bayi untuk membersihkan jalan nafasnya, akan terlihat bagaimana reaksi bayi. Jika ia menarik, batuk, ataupun bersin saat di stimulasi, itu pertanda responnya terhadap rangsangan bagus dan mendapat nilai 2. Tapi jika bayi hanya meringis ketika di stimulasi, itu berarti hanya mendapat nilai 1. Dan jika bayi tidak ada respon terhadap stimulasi maka diberi nilai 0.

4) *Activity (tonus otot)* :

Hal ini dinilai dari gerakan bayi. Bila bayi menggerakkan kedua tangan dan kakinya secara aktif dan spontan begitu lahir, artinya tonus ototnya bagus dan diberi nilai 2. Tapi jika bayi dirangsang ekstermitasnya ditekuk, nilainya hanya 1. Bayi yang lahir dalam keadaan lunglai atau terkulai dinilai 0.

5) *Respiration (pernapasan)* :

Kemampuan bayi bernafas dinilai dengan mendengarkan tangis bayi. Jika ia langsung menangis dengan kuat begitu lahir, itu tandanya paru-paru bayi telah matang dan mampu beradaptasi dengan baik. Berarti nilainya 2. Sedangkan bayi yang hanya merintih rintih, nilainya 1. Nilai 0 diberikan pada bayi yang terlahir tanpa tangis (diam).

Dan kriteria keberhasilannya adalah sebagai berikut :

- (a) Hasil skor 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi baik atau dinyatakan bayi normal.
- (b) Hasil skor 4-6 dinyatakan bayi asfiksia ringan sedang, sehingga memerlukan bersihan jalan napas dengan resusitasi dan pemberian oksigen tambahan sampai bayi dapat bernafas normal.
- (c) Hasil skor 0-3 dinyatakan bayi asfiksia berat, sehingga memerlukan resusitasi segera secara aktif dan pemberian oksigen secara terkendali.

(Nur, w. 2010)

2. Penatalaksanaan Pada Bayi Baru Lahir

a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3) :

- (1) Kolaborasi dalam pemberian suction.
- (2) Kolaborasi dalam pemberian O₂.
- (3) Berikan kehangatan pada bayi.
- (4) Observasi denyut jantung, warna kulit, respirasi.
- (5) Berikan injeksi vit K, bila ada indikasi perdarahan.

b. Asfiksia ringan sedang (nilai APGAR 4-6) :

- (1) Kolaborasi dalam pemberian suction.
- (2) Kolaborasi dalam pemberian O₂.
- (3) Observasi respirasi bayi.
- (4) Beri kehangatan pada bayi.

c. Bayi normal (nilai APGAR 7-10) :

- (1) Berikan kehangatan pada bayi.
- (2) Observasi denyut jantung, warna kulit, serta respirasi pada menit selanjutnya sampai nilai Apgar menjadi 10.

(Nur, w. 2010)

3. Adaptasi pernapasan

a. Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.

- 1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya, perubahan dalam gradien tekanan)
- 2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu.

- 3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya, penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asikfisia sementara selama kelahiran.
- b. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.
 - c. Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
 - d. Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Repons refleksi terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Pernapasan pada bayi normal terjadi pada waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat pernapasan normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsang pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan $\frac{1}{3}$ dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti oleh udara.

4. Adaptasi kardiovaskular

- a. Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat, dan sebagian lagi terjadi seiring dengan waktu.
- b. Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut).
- c. Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

Tabel 2. 4 Perubahan sirkulasi janin ketika lahir

Struktur	Sebelum Lahir	Setelah Lahir
Vena umbilikal	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup, menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikal	Membawa darah arteriovenosa ke plasenta	Menutup, menjadi ligamentum venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup, menjadi ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup, kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

- d. Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.
 - e. Nilai hematologi normal pada bayi dapat dilihat pada tabel
- Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaiknya tekanan karbon

dioksida mengalami penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen tertutup.

5. Perubahan termoregulasi dan metabolik

- a. Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin dari pada lingkungan pada uterus.
- b. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- c. Kehilangan panas yang cepat pada lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
- d. Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

Tabel 2. 5 Nilai Hematologi Normal pada Bayi

Parameter	Kisaran Normal
Hemoglobin	15-20 g/dl
Sel-sel darah merah	5,0-7,5 juta/mm ³
Hematokrit	43-61 %
Sel-sel darah putih	10. 000-30. 000/mm ³
Neutrofil	40-80 %
Eosinofil	2-3 %
Limfosit	3-10 %
Monosit	6-10 %
Sel-sel darag putih yang imatur	3-8 %
Trombosit	100. 000-280. 000/mm ³
Retikulosit	3-6 %
Volume darah	Pengkleman tali pusat dini: 78 mL/kg

	Pengkleman tali pusat lambat: 98,6 mL/kg Hari ketiga setelah pengkleman tali pusat dini: 82,3 mL/kg Hari ketiga setelah pengkleman tali pusat lambat: 92,6 mL/kg
--	--

(Sumber: Sondakh, 2013)

Sesaat setelah bayi baru lahir dia akan berada pada suhu lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25 C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit. Sementara itu, pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya sepersepuluh dari pada yang disebut diatas dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2 C dalam waktu 15 menit. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (cold injury). Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya didalam *natural thermal environment* (NTE). Yaitu suhu lingkungan dimana produksi panas, pemakaian oksigen, dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

6. Adaptasi Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.

- a. Bayi baru lahir menunjukkan gerak-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor ekstremitas.

- b. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang.
 - c. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.
7. Adaptasi gastrointestinal
- a. Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong ektrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
 - b. Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
 - c. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai: pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.
 - d. Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
 - e. Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
 - f. Variasi besar terjadi di antara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.
 - g. Beberapa bayi baru lahir menyusu segera setelah diletakkan pada payudara: sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.

- h. Gerakan acak tangan dan menghisap jari telah diamati di dalam uterus: tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat pada rasa lapar.

Oleh karena kadar gula tali pusat 65 mg/100ml akan menurun menjadi 50 mg/100ml dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120 mg/100 ml. Bila perubahan glukosa menjadi glikogen meningkat atau adanya metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi mengalami hipoglikemia.

8. Adaptasi ginjal

- a. Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak kuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
- b. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stresor.
- c. Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidak seimbangan cairan.
- d. Sebagian bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama: setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

- e. Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat: noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat.

9. Adaptasi Hati

- a. Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membentuk pembentukan darah.
- b. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.
- c. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi 5 bulan kehidupan ektrauterin: pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.
- d. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersikulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- e. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskular lainnya (misalnya: kulit, skelera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau ikterus.
- f. Pada stress dingin yang lama, glikolisis anerobik terjadi, yang mengakibatkan meningkatkan produksi asam. Asidosis metabolik terjadi dan jika terdapat efek fungsi pernapasan, asidosis respiratorik dapat terjadi. Asam lemak yang berlebihan menggeser bilirubin dari tempat-tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berkaitan yang bersikulasi

mengakibatkan peningkatan risiko kern-ikterus bahkan pada kadar bilirubin serum 10 mg/dl atau kurang.

10. Adapatasi imun

- a. Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.
- b. Imaturitas jumlah sistem perindungan secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.
- c. Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas periode neonatus.

(Sondakh, 2013)

2.4.5 Tanda bahaya BBL

Bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
2. Kejang.
3. Mengantuk atau tidak sadar
4. Nafas cepat (>60 per menit)
5. Merintih
6. Retraksi dinding dada bawah
7. Sianosis sentral

(APN, 2008 : 144)

2.4.6 Asuhan BBL normal

1. Jaga kehangatan.
2. Bersihkan jalan nafas (bila perlu).
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan.

4. 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.
5. Lakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
7. Beri suntikan vitamin K₁ 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah IMD. (JNPK-KR, 2008).
8. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular di paha kanan anterolateral. Pada imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁, atau saat bayi berumur 2 jam.
9. Memberikan bayi ASI. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air putih, air teh, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biscuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu sekurang-kurangnya selama 4 bulan tetapi bila mungkin sampai 6 bulan pertama kehidupannya. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah bayi berumur 6 bulan. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun (Sondakh, 2013).

Menurut Nur, w (2010) memberikan ASI sedini mungkin dan sesering mungkin agar bayi tidak dihidrasi, dan mempertahankan kekebalannya dari infeksi ikterus diskolorisasi pada kulit atau organ akibat penumpukan bilirubin. Ikterus fisiologis timbul pada hari kedua dan ketiga serta tidak mempunyai dasar patologis atau tidak ada potensi menjadi kern-ikterus. Penyebab terjadinya hiperbilirubinemia secara garis besar adalah produksi bilirubin berlebihan, gangguan proses uptake dan konjugasi hepar, salah satu cara yaitu menjemur bayi dibawah sinar matahari untuk menurunkan kadar bilirubin yang terlalu tinggi yang menjadi penyebab bayi kuning pasca dilahirkan. Sinar matahari pagi mengandung spektrum sinar biru yang dapat membantu memecah bilirubin dalam darah sehingga kadar bilirubin kembali normal dan pada akhirnya efek kuning pada bayi dapat menghilang, lakukan hal tersebut dengan kondisi telanjang selama 30 menit, 15 menit dalam posisi terlentang dan 15 menit sisanya dalam posisi tengkurap antara jam 08. 00 WIB – 09. 00 WIB Pagi.

2.4.7 Ikterus

1. Definisi Ikterus

Ikterus adalah gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan mukosa karena adanya deposisi produk akhir katabolisme heme yaitu bilirubin. Secara klinis, ikterus pada neonatus akan tampak bila konsentrasi bilirubin serum $>5\text{mg/dL}$ (Cloherty, 2004). Pada orang dewasa, ikterus akan tampak apabila serum bilirubin $>2\text{mg/dL}$. Ikterus lebih mengacu pada gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit,

sedangkan hiperbilirubinemia lebih mengacu pada gambaran kadar bilirubin serum total (Hidayat, 2008).

2. Klasifikasi

Terdapat 2 jenis ikterus: ikterus fisiologis dan patologis

a. Ikterus fisiologis

Ikterus fisiologis memiliki karakteristik sebagai berikut: Timbul pada hari kedua-ketiga, Kadar bilirubin indirek (larut dalam lemak) tidak melewati 12 mg/dL, pada neonatus cukup bulan dan 10mg/dL pada kurang bulan, Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg/dL per hari, Kadar bilirubin direk (larut dalam air) kurang dari 1mg/dL, Gejala ikterus akan hilang pada sepuluh hari pertama kehidupan, Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis tertentu.

b. Ikterus patologis

Ikterus patologis memiliki karakteristik seperti berikut: Ikterus yang terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, Ikterus dengan kadar bilirubin melebihi 12mg/dL pada neonatus cukup bulan dan 10mg/dL pada neonates lahir kurang bulan/premature, Ikterus dengan peningkatan bilirubin lebih dari 5mg/dL per hari, Ikterus yang menetap sesudah 2 minggu pertama, Ikterus yang mempunyai hubungan dengan proses hemolitik, infeksi atau keadaan patologis lain yang telah diketahui, Kadar bilirubin direk melebihi 1mg/dL.

3. Etiologi

Penyebab ikterus dapat dibagi kepada tiga fase yaitu:

a. Ikterus Prahepatik

Produksi bilirubin yang meningkat yang terjadi pada hemolisis sel darah merah. Peningkatan pembentukan bilirubin dapat disebabkan oleh: Kelainan sel darah merah, Infeksi seperti malaria, sepsis, Toksin yang berasal dari luar tubuh seperti: obat – obatan, maupun yang berasal dari dalam tubuh seperti yang terjadi pada reaksi transfuse dan eritroblastosis fetalis.

b.. Ikterus Pascahepatik

Bendungan pada saluran empedu akan menyebabkan peninggian bilirubin konjugasi yang larut dalam air. Akibatnya bilirubin mengalami akan mengalami regurgitasi kembali kedalam sel hati dan terus memasuki peredaran darah, masuk ke ginjal dan di eksresikan oleh ginjal sehingga ditemukan bilirubin dalam urin. Sebaliknya karena ada bendungan pengeluaran bilirubin kedalam saluran pencernaan berkurang sehingga tinja akan berwarna dempul karena tidak mengandung sterkobilin.

c. Ikterus Hepatoseluler

Kerusakan sel hati menyebabkan konjugasi bilirubin terganggu sehingga bilirubin direk akan meningkat dan juga menyebabkan bendungan di dalam hati sehingga bilirubin darah akan mengadakan regurgitasi ke dalam sel hati yang kemudian menyebabkan peninggian kadar bilirubin konjugasi di dalam aliran

darah. Kerusakan sel hati terjadi pada keadaan: hepatitis, sirosis hepatic, tumor, bahan kimia, dll.

(Hidayat, 2008).

4 Patofisiologi

Peningkatan kadar bilirubin tubuh dapat terjadi pada beberapa keadaan. Kejadian yang sering ditemukan adalah apabila terdapat penambahan beban bilirubin pada sel hepar yang berlebihan. Hal ini dapat ditemukan bila terdapat peningkatan penghancuran eritrosit, polisitemia. Gangguan pemecahan bilirubin. Plasma juga dapat menimbulkan peningkatan kadar bilirubin tubuh. Hal ini dapat terjadi apabila kadar protein Y dan Z berkurang, atau pada bayi hipoksia, asidosis. Keadaan lain yang memperlihatkan peningkatan kadar bilirubin adalah apabila ditemukan gangguan konjugasi hepar atau neonatus yang mengalami gangguan ekskresi misalnya sumbatan saluran empedu. Pada derajat tertentu bilirubin ini akan bersifat toksik dan merusak jaringan tubuh. Toksisitas terutama ditemukan pada bilirubin indirek yang bersifat sukar larut dalam air tapi mudah larut dalam lemak. Sifat ini memungkinkan terjadinya efek patologis pada sel otak apabila bilirubin tadi dapat menembus sawar darah otak. Kelainan yang terjadi pada otak disebut Kernikterus. Pada umumnya dianggap bahwa kelainan pada saraf pusat tersebut mungkin akan timbul apabila kadar bilirubin indirek lebih dari 20 mg/dl. Bilirubin indirek akan mudah melalui sawar darah otak apabila bayi terdapat keadaan berat badan lahir rendah, hipoksia, dan hipoglikemia (Hidayat, 2008).

5. Gejala Klinis

Gejala Hiperbilirubinemia dikelompokkan menjadi 2 fase yaitu akut dan kronik:

1) Gejala akut

- a) Lethargi (lemas)
- b) Tidak ingin mengisap
- c) Feses berwarna seperti dempul
- d) Urin berwarna gelap

2) Gejala kronik

- a) Tangisan yang melengking (high pitch cry)
- b) Kejang
- c) Perut membuncit dan pembesaran hati
- d) Dapat tuli, gangguan bicara dan retardasi mental
- e) Tampak matanya seperti berputar-putar

(Hidayat, 2008).

6. Diagnosis

WHO dalam panduannya menerangkan cara menentukan ikterus dari inspeksi, sebagai berikut: Pemeriksaan dilakukan dengan pencahayaan yang cukup (di siang hari dengan cahaya matahari) karena ikterus bisa terlihat lebih parah bila dilihat dengan pencahayaan buatan dan bisa tidak terlihat pada pencahayaan yang kurang, tekan kulit bayi dengan lembut dengan jari untuk mengetahui warna dibawah kulit dan jaringan subkutan, Tentukan keparahan ikterus berdasarkan umur bayi dan bagian tubuh yang tampak kuning (Hidayat, 2008).

7 Penatalaksanaan

a) Ikterus Fisiologis

Bayi sehat, tanpa faktor risiko, tidak diterapi. Perlu diingat bahwa pada bayi sehat, aktif, minum kuat, cukup bulan, pada kadar bilirubin tinggi, kemungkinan terjadinya kernikterus sangat kecil. Untuk mengatasi ikterus pada bayi yang sehat, dapat dilakukan beberapa cara berikut:

- 1) Minum ASI dini dan sering
- 2) Terapi sinar, sesuai dengan panduan WHO
- 3) Pada bayi yang pulang sebelum 48 jam, diperlukan pemeriksaan ulang dan kontrol lebih cepat (terutama bila tampak kuning).

Bilirubin serum total 24 jam pertama $> 4,5$ mg/dL dapat digunakan sebagai faktor prediksi hiperbilirubinemia pada bayi cukup bulan sehat pada minggu pertama kehidupannya. Hal ini kurang dapat diterapkan di Indonesia karena tidak praktis dan membutuhkan biaya yang cukup besar.

b) Tata laksana Awal Ikterus Neonatorum (WHO):

Mulai terapi sinar bila ikterus diklasifikasikan sebagai ikterus berat.

Tentukan apakah bayi memiliki faktor risiko berikut: berat lahir $< 2,5$ kg, lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu, hemolisis atau sepsis.

Ambil contoh darah dan periksa kadar bilirubin serum dan hemoglobin, tentukan golongan darah bayi dan lakukan tes Coombs:

- (1) Bila kadar bilirubin serum di bawah nilai dibutuhkannya terapi sinar,
- (2) hentikan terapi sinar bila kadar bilirubin serum berada pada atau di atas nilai

- (3) dibutuhkannya terapi sinar, lakukan terapi sinar
 - (4) Bila faktor Rhesus dan golongan darah ABO bukan merupakan
 - (5) penyebab hemolisis atau bila ada riwayat defisiensi G6PD di keluarga,
 - (6) lakukan uji saring G6PD bila memungkinkan.
- c) Mengatasi hiperbilirubinemia
- (1) Mempercepat proses konjugasi, misalnya dengan pemberian fenobarbital. Obat ini bekerja sebagai “enzyme inducer” sehingga konjugasi dapat dipercepat. Pengobatan dengan cara ini tidak begitu efektif dan membutuhkan waktu 48 jam baru terjadi penurunan bilirubin yang berarti. Mungkin lebih bermanfaat bila diberikan pada ibu kira-kira 2 hari sebelum melahirkan bayi.
 - (2) Memberikan substrat yang kurang toksik untuk transportasi atau konjugasi. Contohnya ialah pemberian albumin untuk mengikat bilirubin yang bebas. Albumin dapat diganti dengan plasma dengan dosis 15-20 mg/kgBB. Albumin biasanya diberikan sebelum transfusi tukar dikerjakan oleh karena albumin akan mempercepat keluarnya bilirubin dari ekstrasvaskuler ke vaskuler sehingga bilirubin yang diikatnya lebih mudah dikeluarkan dengan transfusi tukar. Pemberian glukosa perlu untuk konjugasi hepar sebagai sumber energi.
 - (3) Melakukan dekomposisi bilirubin dengan fototerapi. Walaupun fototerapi dapat menurunkan kadar bilirubin dengan cepat, cara ini tidak dapat menggantikan transfusi tukar pada proses

hemolisis berat. Fototerapi dapat digunakan untuk pra dan pasca transfusi tukar. Indikasi terapi sinar adalah:

- (a) bayi kurang bulan atau bayi berat lahir rendah dengan kadar bilirubin $>10\text{mg/dL}$.
- (b) bayi cukup bulan dengan kadar bilirubin $>15\text{ mg/dL}$. Lama terapi sinar adalah selama 24 jam terus-menerus, istirahat 12 jam, bila perlu dapat diberikan dosis kedua selama 24 jam.
- (c) Transfusi tukar pada umumnya dilakukan dengan indikasi sebagai berikut: Kadar bilirubin tidak langsung $>20\text{mg/dL}$. Kadar bilirubin tali pusat $>4\text{mg/dL}$ dan Hb $<10\text{mg/dL}$. Peningkatan bilirubin $>1\text{mg/dL}$

d) Monitoring

Monitoring yang dilakukan antara lain:

- (1) Bilirubin dapat menghilang dengan cepat dengan terapi sinar. Warna kulit tidak dapat digunakan sebagai petunjuk untuk menentukan kadar bilirubin serum selama bayi mendapat terapi sinar dan selama 24 jam setelah dihentikan.
- (2) Pulangkan bayi bila terapi sinar sudah tidak diperlukan, bayi minum dengan baik, atau bila sudah tidak ditemukan masalah yang membutuhkan perawatan di RS.

(Hidayat, 2008).

8. Komplikasi

Bahaya hiperbilirubinemia adalah kern icterus. Kern icterus atau ensefalopati bilirubin adalah sindrom neurologis yang disebabkan oleh deposisi bilirubin tidak terkonjugasi (bilirubin tidak langsung atau bilirubin indirek) di basal ganglia dan nuclei batang otak. Patogenesis kern icterus bersifat multifaktorial dan melibatkan interaksi antara kadar bilirubin indirek, pengikatan oleh albumin, kadar bilirubin yang tidak terikat, kemungkinan melewati sawar darah otak, dan suseptibilitas saraf terhadap cedera. Kerusakan sawar darah otak, asfiksia, dan perubahan permeabilitas sawar darah otak mempengaruhi risiko terjadinya kern icterus. Pada bayi sehat yang menyusui kern icterus terjadi saat kadar bilirubin >30 mg/dL dengan rentang antara 21-50 mg/dL. Onset umumnya pada minggu pertama kelahiran tapi dapat tertunda hingga umur 2-3 minggu (Hidayat, 2008).

9. Pencegahan

a. Pencegahan Primer

- 1) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya paling sedikit 8 – 12 kali/ hari untuk beberapa hari pertama.
- 2) Tidak memberikan cairan tambahan rutin seperti dekstrose atau air pada bayi yang mendapat ASI dan tidak mengalami dehidrasi.

b. Pencegahan Sekunder

- 1) Wanita hamil harus diperiksa golongan darah ABO dan rhesus serta penyaringan serum untuk antibody isoimun yang tidak biasa.
- 2) Memastikan bahwa semua bayi secara rutin di monitor terhadap timbulnya ikterus dan menetapkan protocol terhadap penilaian

ikterus yang harus dinilai saat memeriksa tanda – tanda vital bayi, tetapi tidak kurang dari setiap 8 – 12 jam (Hidayat, 2008).

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

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.

Asuhan kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan-pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisis data untuk diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (KepMenkes RI no. 369 th 2007) adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang terfokus pada klien. Langkah dalam standar asuhan kebidanan: (1) pengumpulan data; (2) interpretasi

data untuk diagnosa atau masalah aktual; (3) menyusun rencana tindakan; (4) melaksanakan tindakan sesuai rencana dan evaluasi.

2.5.2 Standart Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Standart Asuhan Kebidanan menurut KepMenkes RI no 938 th 2007, ialah :

1. Standart I: Pengkajian

a. Pernyataan standrat

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 standrat

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan 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. Standart 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 komprehensif.
- 2) Melibatkan klien atau pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis, 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, sumber daya serta fasilitas yang ada

4. Standart IV: Implementasi

a. Pernyataan Standart

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau 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 (informed consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/ pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi 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. Standart V: Evaluasi

a. Pernyataan standart

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

b. Klriteria Evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan 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 dengan kondisi klien atau pasien

6. Standart 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 Subyektif, mencatat Hasil anamnesa
- 4) O adalah Data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) A adalah Analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 6) P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.