

## **BAB 2**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **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 (Prawiharjo, 2010). Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, pada trimester pertama dimulai usia kehamilan 1 hingga 12 minggu, trimester kedua pada saat usia kehamilan 13 minggu hingga 27 minggu dan trimester ketiga dengan usia kehamilan 28 hingga 40 minggu (Walyani, 2017)

##### **2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan Pada Trimester 3**

###### **1. Sistem reproduksi**

###### **a. Uterus**

Uterus akan mengalami pembesaran akibat adanya peningkatan hormon estrogen dan progesteron, uterus akan mengalami trofi dan hipervaskularisasi akibat dari janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Selain itu, uterus juga akan mengalami perlunakan pada isthmus uteri serta pembesaran plasenta pada 1 sisi uterus.

(Hani dkk, 2010)

###### **b. Servik**

Terjadi hipervaskularisasi dan perlunakan pada serviks dikarenakan peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Peningkatan lendir serviks

disebut juga dengan operculum. Kerapuhan meningkat sehingga mudah berdarah saat melakukan koitus. Dan saat kehamilan mendekati aterm, konsentrasi kolagen akan mengalami penurunan untuk mempersiapkan proses pengeluaran janin saat persalinan. Dan untuk proses perbaikan serviks, hal tersebut terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya dapat terluang kembali.

(Roumoli, 2011)

c. Vagina

Terjadi peningkatan produksi lendir oleh mukosa vagina, hipervaskularisasi pada vagina pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga menjadikan vagina berwarna merah kebiruan.

(Hani, dkk; 2010)

d. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi dari *corpus luteum* pada ovarium diambil oleh placentae. Selama kehamilan ovarium beristirahat tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

(Sukarni dkk, 2013)

2. Sistem Pencernaan

a. Mulut dan gusi

Peningkatan estrogen dan progesteron menyebabkan meningkatkannya aliran ke rongga mulut, hipervaskularisasi pembuluh kapiler gusi sehingga terjadi edema dan hiperplastis. Ketebalan epitelial berkurang sehingga gusi

lebih rapuh, timbulnya muntah menyebabkan kebersihan mulut terganggu dan meningkatkan rasa asam di mulut. Namun, saat trimester ketiga rasa asam dimulut tersebut mengalami penurunan dan ibu jarang merasakan mual dan muntah (Hani dkk, 2010).

b. Lambung

Saat trimester 3 lambung akan mengalami relaksasi pada otot-otot pencernaan antara lain peristaltik di lambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltik balik ke esofagus. Selain itu, pengaruh dari peningkatan hormon HCG juga dapat menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga ibu hamil mual dan muntah (Hani dkk, 2010).

c. Usus halus dan usus besar

Pada kehamilan trimester III biasanya ibu hamil akan mengalami konstipasi dikarenakan pengaruh dari hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut akan merasa kembung karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar ke arah atas dan lateral. Penekanan tersebut mengakibatkan usus halus dan besar tidak dapat melakukan proses penyerapan dengan baik sehingga ibu hamil mengalami konstipasi (Romauli, 2011).

1. Sistem kardiovaskular

a. Jantung

*Hipertrofi* (pembesaran) atau dilatasi ringan pada jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung karena bagian diafragma terdorong ke atas dan jantung pun terangkat ke atas dan berotasi

ke depan. Dan saat usia kehamilan memasuki minggu ke 14 hingga ke 20, terjadi peningkatan perlahan, mencapai 10 sampai 15 kali per menit, kemudian saat trimester 3 volume jantung menetap sampai janin berusia aterm atau siap dilahirkan. Volume dan komposisi darah selama masa hamil terjadi percepatan produksi plasma darah atau SDM ( normal : 4/5,5 juta/mm<sup>3</sup> ). Presentasi kenaikan tergantung pada jumlah besi yang tersedia. Massa SDM meningkat 30% pada kehamilan aterm, jika ibu mengonsumsi suplemen besi. Apabila tidak mengonsumsi, maka SDM hanya meningkat 17% pada beberapa wanita.

b. Sirkulasi darah

Kehamilan juga mempengaruhi sirkulasi darah akibat penekanan dan pembesaran uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk. Dan ketika berbaring vena cava inferior mengalami peningkatan dalam penyerapan kapiler sehingga volume darah mengingkat dan saat terjadinya pembesaran uterus mengakibatkan sirkulasi terhambat.

2. Sistem perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat dari kompresi pada kandung kemih. Pada trimester 3 fungsi dari tonus otot mengalami penurunan. Hal ini memungkinkan terjadinya distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml dan diikuti oleh pembesaran uterus, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya terisi sedikit urine.

3. Sistem integumen

a. Kulit pada Muka

Terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit didaerah tonjolan maxilla dan dahi, khususnya wanita hamil berkulit hitam akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta hormon *melanocorticotropi*.

b. Kulit pada Perut

Saat masa kehamilan hormon MSH (*Melanocyte stimulating hormone*) yang memacu *melanogenesis* atau pembentukan pigmen di kulit terutama bagian perut bagian perut, sehingga terdapat garis pigmentasi dari simpisis pubis sampai ke bagian atas fundus digaris tengah tubuh. Pada primigravida, garis mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada multigravida keseluruhan garis sering muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat juga tanda regangan (*stretch mark*) yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang dapat disebabkan oleh kerja *adenocorticosteroid*, menunjukkan jaringan ikat ( kolagen ) dibawah kulit. Garis-garis yang sedikit cekung ini cenderung timbul didaerah dengan regangan maksimum misalnya di *abdomen*, paha, dan payudara.

c. Kulit pada payudara

Pada masa kehamilan ibu akan mengalami perubahan pada kulit payudara. Kulit aerola akan berubah menjadi melebar dan menghitam akibat peningkatan pada hormone *estrogen* dan *progesterone*.

4. Sistem pernafasan

a. Hidung

Peningkatan vaskularisasi yang merupakan respon terhadap peningkatan kadar estrogen, juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Oleh karena

kapiler membesar, terbentuklah edema dan hyperemia dihidung dihidung, laring, faring, trakea dan bronkus.

b. Thoraks dan diafragma

Dengan semakin membesarnya uterus, maka akan mengalami desakan pada diafragma sehingga naik 4 cm. Terjadi pada pelebaran sudut thorak dari 68 menjadi 103 derajat. Peningkatan progesteron menyebabkan peningkatan pusat syaraf untuk konsumsi oksigen.

5. Sistem neurologi dan musculus keletal

Penurunan kalsium dan alkalosis terjadi akibat perubahan pada sistem pernafasan, tekanan uterus pada syaraf, kelebihan dan sirkulasi yang buruk pada tungkai.

6. System endokrin

Sistem Endokrin Sistem endokrin yang esensial terjadi untuk mempertahankan kehamilan dan pertumbuhan normal janin. Sistem endokrin pada masa kehamilan mengalami perubahan terutama pada hormon estrogen dan progesterone serta oksitosin dan prolaktin.

a. Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin besar akibat peningkat estrogen. Puting susu semakin menonjol, dan warna aerola semakin menggelap. Pada kehamilan 32 minggu sampai anak lahir payudara memiliki fungsi untuk memproduksi asi yang di sebabkan oleh hormon prolaktin. Asi akan keluar pertama kali usia kehamilan memasuki aterm dan cairan asi tersebut pertama kali keluar berbentuk cairan dan lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut colostrum (Walyani, 2017).

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta ( diantaranya *somatomamotropin* ) menyebabkan *hipertropi* dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, *laktoalbumin*, *laktoglobulin*, sel-sel lemak, *colostrum*. *Mamae* membesar dan tegang terjadi *hiperpigmentasi* serta tropi kelenjar *montgomery* , terutama daerah aerola dan papila akibat pengaruh *melanofor*. Puting susu membesar dan menonjol.

(Sukarni dkk, 2013)

### **2.1.3 Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Pada Trimester 3**

Perubahan psikologis pada trimester 3 biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran serta kekhawatiran atas kesehatan bayinya. Kewaspadaan ibu meningkat tentang akan timbulnya tanda-tanda persalinan, ketakutan akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Selain itu, ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester ini, ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. trimester ini juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan orang tua. Keluarga mulai menduga-duga apakah bayi mereka laki-laki atau perempuan serta nama yang akan diberikan.

( Hani dkk, 2010 )

### **2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil**

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga ibu akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen dan dapat mempengaruhi pada kondisi bayi dalam kandungan. Untuk mencegah itu semua ibu hamil dianjurkan untuk latihan pernafasan saat senam hamil, tidur dengan bantal yang tinggi, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok, dan konsultasikan ke dokter jika ibu sudah memiliki riwayat sesak nafas atau saat masa kehamilan ibu mengalami gangguan pernafasan seperti asma.

## 2. Nutrisi

Pada trimester 3, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energi untuk persalinan kelak. Begitu pula dengan pertumbuhan otak janin akan terjadi lebih cepat dalam 2 bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu, pentingnya nutrisi yang cukup pada ibu hamil. Ada beberapa kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi ibu hamil, seperti : Kalori (yang dibutuhkan setiap harinya berisar 285-300 kal), Vitamin B6, B1, B2, dan B3, asam folat, fe dan mineral. Mengonsumsi cairan, membuat BAB akan menjadi lancar sehingga dapat terhindar dari sembelit serta risiko terkena saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih setiap hari dan dibantu minuman seperti jus dan makanan yang berkuah. Kurangi pula maanan yang mengandung pemanis, pewarna, pengawet dan penyedap (Walyani, 2017).

Pada ibu hamil yang mengalami edema kaki kebutuhan nutrisi yang diperhatikan untuk mengurangi masalah tersebut yaitu, mengurangi makanan yang asin karena akan memicu ibu mengalami dehidrasi.

## 3. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga oleh ibu hamil dimasa kehamilannya. Mandi dianjurkan minimal 2 kali dalam sehari karena ibu cenderung untuk mengeluarkan keringat yang lebih, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit. Kebersihan gigi dan mulut juga perlu diperhatikan arena seringkali mudah berlubang terutama ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual juga diakibatkan oleh kebersihan mulut ibu dan dapat menimbulkan karies gigi. Tidak hanya itu saja, ibu hamil juga harus memperhatikan kebersihan pada payudaranya, terutama di trimester 3 karena pada trimester ini terkadang kolostrum telah ada dan eluar dengan sendiri sehingga membasahi puting susu ibu. jika tidak dapat mengakibatkan edema pada puting susu karena kotor dan tidak terawat.

#### 4. Pakaian

Pakaian pada ibu hamil merupakan perhatian penting pula. Dimana perubahan fisik ibu yang signifikan membuat pakaian yang digunakan harus juga terasa nyaman dan ringan. Pakaian juga tidak terlalu ketat dileher, stoking tungkai tidak dianjurkan karena menghambat sirkulasi darah. Akibatnya, dapat terjadi pembengkakan pada kaki.

#### 5 Eliminasi

Pada trimester 3 frekuensi BAK meningkat dikarenakan adanya penurunan kepala ke bagian pintu atas panggul. BAB juga sering mengalami sembelit dan konstipasi karena hormone progesterone meningkat. Dalam hal ini untuk masalah BAK sendiri tidaklah mengalami kesulitan, bahkan cukup encer. Akan tetapi, bukan berarti terhindar dari suatu masalah. Pada masa kehamilan trimester 3 kemaluan itu terasa lebih basah sehingga memicu tumbuhnya jamur (trichomonas) dan dapat menyebabkan keluhan rasa gatal serta mengeluarkan keputihan. Rasa gatal yang mengganggu membuat ibu sering menggaruk kemaluannya. Hal inilah

yang mengakibatkan infeksi pada kandung kemih. Sehingga perlu diperhatikan yaitu tetap menjaga kebersihan pada daerah kemaluan dan sesering mungkin untuk mengonsumsi air minimal 8 gelas perhari.

Sedangkan gangguan pada masalah BAB seperti defekasi menjadi tidak teratur dikarenakan pengaruh relaksasi otot polos oleh estrogen, tekanan uterus yang membesar, dan pada kehamilan selanjutnya akibat pengaruh tekanan kepala yang telah masuk ke bagaian pintu atas panggul serta pengaruh akan meningkatkan hormon progesteron memicu terjadinya konstipasi. Dalam masalah ini, dapat dicegah dengan memperbanyak mengonsumsi air putih, olahraga, dan pemberian laksatif ringan seperti minuman jus buah.

## 6. Seksual

Saat trimester 3 ibu hamil mengalami penurunan libido. Rasa sakit dipunggung, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas terasa sesak, dan kembali merasakan mual itulah beberapa penyebab penurunan libido ibu di trimester 3 dan hal tersebut merupakan hal yang normal dialami ibu hamil.

### 1. Psikologis

Kehamilan trimester 3 juga dapat mempengaruhi psikologis ibu. dalam hal ini kebutuhan untu mengarangi dampak dai psikologis ibu yaitu support dari keluarga, suami yang siap dan sedia dalam hal apapun untuk melindungi dan memberikan rasa nyaman pada istri, lingkungan yang aman dan nyaman, dan support dari tenaga kesehatan.

(Walyani, 2017)

## **2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan**

### 1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam adalah keluarnya darah saat masa kehamilan yang seharusnya tidak terjadi. Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa perdarahan tersebut bisa terjadi akibat tanda *abortus*, kehamilan ektopik dan *hidatidosa*.

## 2. Penglihatan kabur

Penglihatan kabur yaitu masalah visual yang dapat mengidentifikasi terjadinya masalah pada kehamilan yang mengancam jiwa. Ibu akan mengalami perubahan penglihatan secara mendadak seperti mata kabur. Hal ini bisa sebagai tanda dari *pre eklampsia*.

## 3. Bengkak wajah dan jari-jari tangan

Edema atau bengkak pada bagian wajah dan jari tangan secara berlebihan dan tidak hilang. Hal ini sebagai tanda masalah serius seperti anemia, gagal jantung, dan *pre-eklampsia*.

## 4. Keluar cairan pervaginam

Keluar cairan pervaginam berupa air pada trimester 3. Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun *leukhore* yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Insidensi ketuban pecah prematur 10% mendekati dari semua persalinan.

## 5. Gerakan janin tidak terasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Penyebab terjadi gerakan janin yang tidak terasa yaitu dikarenakan aktifitas ibu yang berlebihan, kematian janin, kontraksi berlebihan ataupun pada kehamilan aterm. Akan

tetapi yang perlu diperhatikan yaitu bisa terjadi kematian janin didalam uteri yang tidak diketahui oleh ibu sedini mungkin.

#### 6. *Hiperemesis gravidarum*

Mual dan muntah di masa kehamilan dengan frekuensi serta gejala yang jauh lebih parah daripada *morning sickness*. Masalah ini tidak dapat diabaikan dan harus segera ditangani. Karena dapat mempengaruhi kondisi psikologis ibu hamil serta pertumbuhan janin.

#### 7. Nyeri perut hebat

Nyeri perut hebat yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri perut yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah rasa nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, kadang-kadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini dapat sebagai tanda dari kemungkinan ibu mengalami *appendicitis* (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan diluar kandungan), aborsi (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis* (Maag), penyakit kantong empedu, solusio placentae, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Walyani, 2017).

### **2.1.6 Asuhan Kehamilan Terpadu**

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri 10 T :

#### 1. Timbang berat badan dan tinggi badan

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

Untuk menentukan ibu mengalami apakah ibu KEK atau non KEK dan mengetahui penambahan berat badan ibu secara signifikan maka pemeriksaan dilakukan dengan cara menentukan IMT ibu sebelum hamil.

Rumus IMT =  $BB/TB^2$  (m) = (sesuai kategori WHO, 2013)

Menurut WHO (2013) mengenai klasifikasi berat badan berdasarkan BMI pada penduduk Asia.

Tabel 2.1 Klasifikasi Berat Badan Berdasarkan BMI Pada Penduduk Asia

| Kategori           | BMI (Kg/m <sup>2</sup> )    | <i>Risk of Co-morbidities</i>  |
|--------------------|-----------------------------|--|
| <i>Underweight</i> | < 18.5 kg/m <sup>2</sup>    | Rendah (tetapi berisiko terhadap masalah klinis lain yang meningkat) |
| Batas normal       | 18.5-22.9 kg/m <sup>2</sup> | Rata-rata  |
| <i>Overweight</i>  | 22.9-25 kg/m <sup>2</sup>   |  |
| Pra obesitas       | 25-29.9 kg/m <sup>2</sup>   | Meningkat  |
| Obesitas kelas 1   | 30-34.9 kg/m <sup>2</sup>   | Meningkat dengan batas sedang  |
| Obesitas kelas 2   | 35-39,9 kg/m <sup>2</sup>   | Meningkat dalam batas berbahaya                                      |
| Obesitas kelas 3   | >40 kg/m <sup>2</sup>       | Sangat berbahaya   |

(Sumber: WHO, 2013)

Sehingga dalam hal ini terdapat batasan kenaikan berat badan ibu hamil sesuai dengan kategori diatas :

1. Bagi ibu yang memiliki IMT dibawah 18,5 (*underweight*) sebelum hamil maka disarankan untuk menaikkan BB sampai 12,5-18 kg.
2. Bagi ibu yang memiliki IMT 25-29,9 (*overweight*) sebelum kehamilan, maka disarankan untuk selalu menjaga kenaikan BB hanya 7-11,5 kg.
3. Bagi ibu yang memiliki IMT diatas 30 (obesitas) sebelum kehamilan, maka disarankan untuk menjaga kenaikan BB hanya 5-10 kg.

Sedangkan untuk pengukuran tinggi badan menurut Kemenkes RI, 2014 digunakan untuk deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm dapat berisiko pada saat persalinan dan kemungkinan adanya kelainan pada panggul serta dapat berisiko pada janin dikhawatirkan saat proses pengeluaran bayi terjadinya *predisposisi* panggul dan bahu macet.

## 2. Ukur Tekanan Darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan atau tanda *pre-eklampsia* (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah dan hasil pemeriksaan proteinuria). Selain itu, untuk menunjang diagnosa terjadinya *pre-eklampsia* atau tidak maka dilakukannya pengukuran MAP dan ROT pada ibu hamil dengan cara melakukan tensi terlentang serta 2-5 menit kemudian tensi miring. Rumus dari MAP dan ROT sendiri yaitu;

$MAP = \text{sistole} + 2 \times \text{diastole} : 3 = ( \text{bila} > 90 \text{ mmHg} \text{ maka} \text{ resiko PE} )$

$ROT = \text{diastole terlentang} - \text{diastole miring} = ( \text{bila} > 20 \text{ mmHg} \text{ resiko PE atau PEB} )$

Berdasarkan studi Sembiring (2018), Pengukuran MAP sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan 20-28 minggu dikarenakan pada usia kehamilan tersebut

terjadinya peningkatan curah jantung yang maksimal sehingga dapat sebagai predictor hipertensi dan prediksi preeklampsia. Sedangkan, ROT dapat dilakukan pada usia kehamilan 24-28 minggu.

( Sembiring, 2018)

### 3. Ukur lingkaran lengan atas (LiLa)

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

### 4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran TFU dalam kehamilan dapat diukur dari batas atas *symphysis* dan disesuaikan dengan HPHT ibu. TFU di ukur mulai usia 12 minggu karena pada usai kehamilan ini uterus sudah dapat diraba dari dinding perut ibu. Dan untuk kehamilan > 24 minggu dianjurkan mengukur dengan pita meteran. Tinggi fundus uteri dapat menentukan ukuran kehamilan. Bila tinggi fundus kurang dari perhitungan usia kehamilan, kemungkinan terdapat gangguan pertumbuhan janin dan sebaliknya mungkin terdapat *gemeli*, *hidramnion* atau *molahidatisoda*. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui pertumbuhan janin dengan menilai besarnya TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, atau gemeli serta komplikasi . Menurut Jhonson terdapat cara untuk mengukur taksiran berat badan janin melalui rumus, yaitu :

Berat badan janin = (TFU-12) x 155 gram. Jika kepala janin belum memasuki PAP

Berat badan janin = (TFU-11) x 155 gram. Jika telah memasuki PAP

(Sarwono, 2008)

5. Tentukan presentasi janin

Menentukan presentasi janin digunakan untuk mengetahui bagian terendah dari janin. Pada kehamilan aterm terdapat macam-macam presentasi antara lain: presentasi belakang kepala, presentasi puncak kepala, presentasi dahi, presentasi muka, presentasi bokong sempurna, presentasi bokong kaki, presentasi kaki dan presentasi lutut. Pada kehamilan Aterm presentasi belakang kepala merupakan posisi yang normal. Dan jika presentasi janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul kemungkinan ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

6. Beri imunisasi tetanus toksoid (TT)

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

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian TT Pada Ibu Hamil

| Imunisasi | Interval   | % perlindungan | Masa perlindungan         |
|-----------|--|----------------|---------------------------|
| TT 1      | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus | 0 %            | Tidak ada                 |
| TT 2      | 1 bulan setelah TT 1   | 80 %           | 3 tahun                   |
| TT 3      | 6 bulan setelah TT 2   | 95 %           | 5 tahun                   |
| TT 4      | 12 bulan setelah TT 3  | 99 %           | 10 tahun                  |
| TT 5      | 12 bulan setelah TT 4  | 99 %           | 25 tahun/<br>seumur hidup |

(Sumber : Kemenkes, 2014)

Cara menentukan status TT yaitu ;

1.) Penentuan status TT dapat dilihat dari kelahiran ibu, awal dilakukannya program imunisasi TT pertama kali tahun 1979 sampai dengan tahun 1993 dilakukannya imunisasi TT pada usia sekolah

2.) Skrining melalui pengkajian data ibu hamil

3.) Skrining status imunisasi TT pada calon pengantin

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia setiap ibu hamil, menambah asupan nutrisi pada janin, dan menurunkan risiko kematian pada ibu karena perdarahan pada saat persalinan. ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet dengan dosis per tablet 400 mikro gr. selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Kebutuhan fe ibu hamil adalah sekitar 800 mcg. dalam 1 tablet adapun kebutuhan tersebut terdiri atas 300 mcg untuk janin dan 500 mcg untuk menambah masa hemoglobin maternal. Efek samping tablet fe yaitu, mual, sembelit, tinda menjadi gelap, dan pewarnaan sementara pada gigi menjadi kuning.

8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Nilai normal pada Hb ibu hamil di trimester 3 yaitu 11-12 gr%. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan

c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil

d. Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e. Pemeriksaan HIV / PITC ( *Provider Initiated Testing and Counseling* )

Pemeriksaan ini merupakan salah satu strategi peningkatan cakupan layanan tes HIV yang akan dihubungkan dengan pelayanan lanjutan. Pemeriksaan ini dilakukan menyeluruh terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Setelah dilakukannya tes, maka ibu akan diberikan konseling dan pelayanan lanjutan.

f. Pemeriksaan penyakit menular lainnya seperti, Hepatitis, syphilis, dan TBC

9. Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan keahmilian, pencegahan, kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini, nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

#### 10. Tatalaksana/penanganan Kasus

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

(Kemenkes RI, 2014)

### **2.1.7 Edema Kaki**

#### 1. Definisi

Edema kaki adalah pembengkakan pada ekstermitas bawah akibat peningkatan volume cairan tubuh dan terdapat penurunan aliran balik vena dari ekstermitas bawah dikarenakan adanya tarikan gravitasi, sehingga menyebabkan retensi cairan semakin besar dan menumpuk di bagian ekstermitas bawah. (Lestari dkk; 2018).

#### 2. Etiologi

Penyebab terjadinya edema kaki yaitu dikarenakan sistem pembekuan darah mengalami perubahan akibat peningkatan hormon kehamilan. Volume darah meningkat sekitar 1500 ml terdiri dari 1000 ml plasma dan 450 ml sel darah merah. Peningkatan volume ini sangat penting untuk hidrasi jaringan pada janin dan ibu saat berdiri atau terlentang serta sebagai cadangan cairan pada saat persalinan dan masa nifas. Selain itu perubahan pada sistem kardiovaskular juga mengalami perubahan sehingga bertambahnya beban volume dan curah jantung.

Sedangkan pada masa kehamilan uterus semakin membesar mengakibatkan tekanan pada sirkulasi cairan menjadi terhambat dan fungsi dari pembuluh balik vena pada ekstermitas bawah dan panggul mengalami penurunan dan menyulitkan darah kembali ke jantung. Didukung dengan adanya gaya gravitasi bumi mengakibatkan cairan menumpuk dibagian ekstermitas bawah ( Husin dkk, 2014 ).

### 3. Patofisiologis

Edema merupakan ketidaknyaman fisiologis yang dialami oleh ibu hamil. Akan tetapi edema tidak hanya ketidaknyamanan fisiologis karena dapat sebagai tanda terjadinya kehamilan patologis jika ditandai dengan edema diwajah atau jari tangan, sakit kepala hebat, pandangan kabur dan protein urine positif. Resiko yang dialami ibu yaitu Pre-Eklamsi, PEB, dan gagal jantung

(Lestari dkk, 2018)

### 4. Cara menangani edema

Menganjurkan ibu untuk pijat kaki selama 20 menit dalam waktu 5 hari dan menganjurkan ibu untuk melakukan posisi elevansi kaki. Posisi elevansi kaki merupakan posisi dimana anggota gerak bagian bawah diatur pada posisi lebih tinggi dari jantung sehingga darah balik ke jantung akan meningkat dan penumpukan darah pada anggota gerak bawah tidak terjadi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Safitri (2012), dapat disimpulkan bahwa setelah melakukan elevansi pada responden tingkat ringan hingga rendah terdapat 71,4% mengalami penurunan tingkat edema menjadi ringan. Hal ini diambil dari sampel 7 responden.

Selain itu, bidan dapat memberikan edukasi untuk mengurangi edema kaki yaitu dengan cara menghindari posisi berbaring dan terlentang terlalu lama,

istirahat dengan berbaring miring ke kiri, menghindari penggunaan kaos kaki, sepatu dan celana yang terlalu ketat, hindari duduk atau berdiri terlalu lama.

## **2.2 Persalinan**

### **2.2.1 Definisi persalinan**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik dari janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni dkk, 2013).

### **2.2.2 Fase persalinan**

1. Fase laten, merupakan waktu pembukaan serviks yang berlangsung lambat dimulai sejak awal timbulnya kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap hingga pembukaan serviks dengan ukuran 3 cm, pembukaan 1 hingga 3 cm ini dapat berlangsung dalam 7-8 jam.
2. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
  - a. Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
  - b. Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm
  - c. Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi

penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada *primigravida*, *ostium uteri internum* akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian *ostium internum* sudah sedikit terbuka. *Ostium uteri internum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang lama.

### 2.2.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

#### 4.) *Power*/ tenaga yang mendorong bayi

##### a. His adalah kontraksi otot rahim pada persalinan

His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari his pembukaan, pengeluaran dan pelepasan uri. His dikatakan adekuat juga his terhitung jika memiliki interval minimal 2x dalam 10 menit selama 45-50 detik.

##### b. Tenaga mengejan

Tenaga mengejan mempengaruhi pada bagian otot-otot dinding perut, kepala didasar panggul hingga terjadinya rangsangan ingin mengedan (Sukarni, 2013).

#### 2. *Passage*/panggul

##### a. Jalan lahir terdiri atas :

- 1) Jalan lahir keras terdiri atas 4 buah tulang yaitu, 2 buah *Os. Coxae* ( *Os. Illieum*, *Os. Ischium*, *Os. Pubis*), 1 buah *Os. Sacrum (Promotorium)*, 1 buah *Os. Coccygeus*

2) Jalan lahir lunak, segmen bawah rahim, serviks vagina, introitus vagina dan vulva, *musculus* dan *ligamentum* yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot yang disebut dengan *musculus levator ani*. Sedangkan bagian membran disebut *diafragma urogenital*.

b. Bidang-bidang *hodge*

Bidang *hodge* merupakan bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.

Bidang *hodge* :

- 1) *Hodge 1* : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promotorium.
- 2) *Hodge 2* : Sejajar *Hodge 1* setinggi bawah symphysis.
- 3) *Hodge 3* : Sejajar *Hodge 1* dan 2 setinggi *spina ischiadica*.
- 4) *Hodge 4* : sejajar *Hodge 1, 2* dan 3 setinggi *os. Coccygeus*

3. *Passager/fetus*

*Passenger* atau janin bergerak turun menuju jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun placenta jeang menghambat proses persalinan normal

#### 4. Penolong

Penolong yang profesional dan tepat dalam mengidentifikasi sebuah masalah saat persalinan dapat memberikan pertolongan dini jika terjadinya penyulit dan dapat mendeteksi jika terjadinya komplikasi. selain itu, dapat mengurangi terjadinya cedera saat proses persalinan.

### **2.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin**

#### 1. Perasaan takut ketika hendak melahirkan

Merupakan hal yang wajar, apabila bagi mereka yang baru pertama kali melahirkan.

#### 2. Perasaan cemas pra-melahirkan

menjelang proses melahirkan, tidak sedikit calon ibu yang mengalami rasa takut saat proses kelahiran. Padahal rasa cemas itulah yang justru memicu rasa sakit saat melahirkan.

#### 3. Rasa sakit

Rasa sakit dirasakan saat proses persalinan, mereka merasa tegang dan takut, akibat telah mendengar berbagai cerita seram seputar melahirkan. Perasaan ini selanjutnya membuat jalur lahir (*birth canal*) menjadi mengeras dan menyempit. Pada saat kontraksi alamiah mendorong kepalah bayi untuk mulai melewati jalur lahir, terjadi resistensi yang kuat. Ini menyebabkan rasa sakit yang dialami seorang wanita.

#### 4. Depresi

Depresi merupakan penyakit psikologi yang cukup berbahaya. Agar ibu melahirkan tidak mengalami depresi, ia harus ditemani anggota keluarga karena ibu yang melahirkan rawan depresi.

5. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga
6. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan
7. Perasaan tidak enak, sering berfikir apakah persalinan akan berjalan normal
8. Menganggap persalinan sebagai cobaan
9. Sering berfikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolong
10. Sering berfikir apakah bayinya akan normal atau tidak
11. Keraguan akan kemampuan dalam merawat bayinya kelak.

(Sukarni dkk, 2013)

#### **2.2.5 Tanda –Tanda Persalinan Sudah Dekat**

##### 1. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *Ligamentum Rotundum*, pada gaya berat janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- a. Ringan dibagian atas, dan rasa sesaknya berkurang
- b. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- c. Sering kencing (*follaksuria*)

##### 2. Terjadi His permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilakan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain :

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

(Sukarni dkk, 2013)

#### **2.2.6 Tanda awal persalinan**

- 1) Perut terasa mulas-mulas yang teratur, timbul semakin sering dan semakin lama
- 2) Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir

( Kemenkes RI, 2013)

#### **2.2.7 Tanda bahaya persalinan**

- 1. Riwayat bedah sesar
- 2. Perdarahan per vaginam
- 3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
- 5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- 6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 7. Ikterus
- 8. Anemia berat
- 9. Tanda/gejala infeksi
- 10. Preeklampsia/hipertensi dalam kehamilan

11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dan kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi ganda
16. Kehamilan gemelli
17. Tali pusat menumbung
18. Syok

(Kemenkes RI, 2013)

#### **2.2.8 Mekanisme persalinan**

##### **1. Turunnya kepala**

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Apabila sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir, tepat diantara *symphysis* dan *promotorium*, maka dikatakan kepala dalam keadaan *synclitismus*.

Pada *synclitismus os parietale* depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati *symphysis* atau agak ke belakang mendekati *promotorium*, maka dikatakan *asynclitismus*. Dikatakan *asynclitismus posterior*, ialah kalau sutura sagitalis mendekati *symphysis* dan *os parietale* belakang lebih rendah dari *os parietale* depan, dan dikatakan *asynclitismus anterior* ialah kalau sutura sagitalis mendekati *promotorium*

sehingga *os parietale* depan lebih rendah dari *os parietale* belakang. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam *asynclitismus posterior* yang ringan.

## 2. Maju kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Penyebab majunya kepala antara lain : tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengejan, melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk Rahim.

## 2. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

## 3. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symphysis*. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah *symphysis*. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena

putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai Hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah : pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala. bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara levator ani kiri dan kanan. ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter *anteroposterior*.

#### 4. Ekstensi

Ekstensi terjadi setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah *ekstensi* atau *defleksi* dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak nya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah *suboksiput* tertahan pada pinggir bawah *symphysis* akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan *suboksiput*, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomochlion*.

## 5. Putaran paksi luar

Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, dalam hal ini kepala bayi memutar kembali ke arah punggung bayi untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini dapat disebut putaran restitusi (putaran balasan = putaran paksi luar). Selanjutnya, putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan *tuber isciadicum* sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu (diameter *biacromial*) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

## 6. Ekspulsi

Ekspulsi terjadi setelah putaran paksi luar bahu depan hingga di bawah *symphysis* dan menjadi *hypomoclon* untuk kelahiran bahu belakang bayi. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir (Sondakh, 2013).

### 2.2.9 Standar Asuhan Persalinan Normal

#### 1. Penatalaksanaan kala 1

- a. Mempersiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi
- b. Persiapan perlengkapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran
- c. Persiapan rujukan
- d. Memberikan asuhan sayang ibu
- e. Patograf

#### 2. Penatalaksanaan kala 2

- a. Persiapan penolong persalinan
- b. Penatalaksanaan kala 2
- c. Menolong bayi

### 3. Penatalaksanaan kala 3

#### a. Manajemen aktif kala 3

- 1.) Pemberian suntik oksitosin
- 2.) Peregangan tali pusat
- 3.) Rangsang taktil fundus uteri

#### b. Atonia uteri

- 1.) Penatalaksanaan atonia uteri
- 2.) Kompresi bimanual eksternal
- 3.) Kompresi aorta abdominalis
- 4.) Pemasangan tampon kondom kateter
- 5.) Evaluasi keadaan umum ibu

### 4. Penatalaksanaan kala 4

- 1.) Lakukan rangsangan taktil ( massase ) uteri
- 2.) Evaluasi tinggi fundus
- 3.) Estimasi kehilangan darah
- 4.) Periksa kemungkinan perdarahan
- 5.) Evaluasi keadaan umum ibu
- 6.) Dokumentasi semua asuhan selama persalinan kala IV di halaman 2 patograf

### 5. Asuhan bayi baru lahir

- a. pencegahan infeksi
- b. penilaian awal
- c. pencegahan kehilangan panas
- d. merawat tali pusat
- e. pemberian ASI

- f. pencegahan perdarahan
- g. pecegahan infeksi mata
- h. pemeriksaan fisik
- i. pemberian imunisasi

### **2.2.10 Asuhan persalinan Normal 60 langkah.**

Mengenali gejala dan tanda kala dua

1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
  - a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
  - c. Perineum tampak menonjol
  - d. Vulva dan sfingter membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:

- a. Tempat datar, rata, bersih, kering , dan hangat
- b. 3 handuk atau kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap lendir
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

- a. Menggelar kain di perut bawah ibu
- b. Menyiapkan oksitosin 10 unit

- c. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin

7. Membersihkan vulva dengan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior ke posterior menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
  - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
  - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
  - c. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
  - a. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.

10. Periksa DJJ setelah kontraksi uterus mereda untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit)
  - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - b. Mendokumentasikan hasil-hasil peiksa dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
  - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
  - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
  - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
  - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
  - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

- e. Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat untuk ibu
- f. Berikan cukup asupan cairan per oral
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq 120$  menit pada primigravida atau 1 jam pada multigravida

14. Anjurkan ibu untuk jalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.

Persiapan ibu untuk melahirkan

- 15. Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16. Letakkan kain bersih di lipatan 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
- 17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

Pertolongan untuk melahirkan bayi

Lahirnya kepala

- 19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka dilindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering
- 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan sesuai yang terjadi dan segera lanjutkan kelahiran bayi.
- 21. Setelah kepala lahir, tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar pegang kepala bayi secara biparietal.

Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.

Lahirnya badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.

Asuhan bayi baru lahir

25. Lakukan penilaian :

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila ada salah satu jawaban adalah TIDAK lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia

Bila jawaban YA lanjut berikutnya

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir dan bukan kehamilan ganda

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha.
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
  - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit, dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut
  - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
  - c. Lepaskan klem dan masukkan kedalam wadah yang telah disediakan
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae.

#### Manajemen aktif kala III persalinan

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm.
34. Letakkan tangan di atas perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi kontraksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontaksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang (dorso-kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali.

## Mengeluarkan plasenta

36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan sesuai dengan sumbu jalan lahir
  - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
  - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
    - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
    - 2) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh
    - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
    - 4) Ulangi tekanan dorso cranial dan PTT 15 menit berikutnya
    - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan sisa selaput yang tertinggal

## Rangsangan taktil (masase) uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

#### Menilai perdarahan

39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2

40. Periksa kedua sisi plasenta pastikan plasenta telah lahir lengkap.

#### Asuhan pasca persalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi

#### Evaluasi

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

44. Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit)

#### Kebersihan dan keamanan

48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring dengan larutan klorin, bilas dengan air DTT. Bantu ibu menggunakan pakaian yang bersih dan kering.

49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memebrikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkan

50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi
51. Buang bahan – bahan ke tempat sampah yang sesuai
52. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % , lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan vitamin K (1 mg) intramuskuler dip aha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dip aha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudia keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

**2.3 Nifas** 60. Lengkapi partograf (JNPK-KR, 2017)

### **2.3.1 Definisi Nifas**

Masa nifas adalah masa pemulihan tubuh kembali, dimuali dari berakhirnya proses persalinan hingga alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dengan interval waktu 6-8 minggu (Wulandari dan Handayani, 2011).

Masa nifas disebut juga dengan postpartum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim hingga enam minggu berikutnya, disertai dengan pemulihan pada organ yang berkaitan dengan kadungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan yang berkaitan dengan proses kelahiran (Suherni, dkk, 2009).

### **2.3.2 Tahapan masa nifas**

Tahapan masa nifas terbagi menjadi 3 tahap :

a. Puerperium dini (periode *immediate postpartum*).

Masa segera setelah plasenta lahir hingga terjadinya kepulihan kondisi ibu dalam waktu 24 jam dan ibu diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi dan berjalan secara perlahan.

Peran bidan : pada masa ini sering terjadi masalah, misal atonia uteri. Bidan harus melakukan observasi 24 jam secara berkala mengenai kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. Puerperium intermedial (periode *early-postpartum*).

Masa pemulihan secara menyeluruh pada alat-alat genitalia dalam waktu 24 jam hingga 1 minggu.

Peran bidan : pada masa ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapat makanan dan cairan yang cukup, serta kesediaan dan kemampuan ibu menyusui.

c. Remote puerperium (periode *late postpartum*)

Waktu yang diperlukan untuk pemulihan alat genitalia dan organ reproduksi secara sempurna selama hamil maupun bersalin. Masa ini berlangsung dari 1 minggu hingga 5 minggu.

Peran bidan : tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan keadaan kesehatan ibu serta konseling KB (Sulistiywati, 2009).

### 2.3.3 Perubahan Fisik Masa Nifas

#### 1. Perubahan sistem reproduksi

##### a. Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Iskemia Miometrium – Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- 2) *Atrofi* jaringan – Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
- 3) *Autolysis* – Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- 4) Efek Oksitosin – Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 perubahan normal uterus selama postpartum

| Involusi Uteri     | Tinggi Fundus Uteri            | Berat Uterus | Diameter Uterus |
|--------------------|--------------------------------|--------------|-----------------|
| Plasenta lahir     | Setinggi pusat                 | 1000 gram    | 12,5 cm         |
| 7 hari (minggu 1)  | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram     | 7,5 cm          |
| 14 hari (minggu 2) | Tidak teraba                   | 350 gram     | 5 cm            |
| 6 minggu           | Normal                         | 60 gram      | 2,5 cm          |

(Sumber: Sukarni K, 2013)

#### b. Lochea

Pengeluaran lochia dapat dibagi menjadi *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa* dan *alba*. Perbedaan masing-masing *lochea* dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 2.4 Klasifikasi macam-macam *lochea*

| <i>Lochea</i>             | Waktu    | Warna                 | Ciri-ciri  |
|---------------------------|----------|-----------------------|--|
| <b><i>Rubra</i></b>       | 1-3 hari | Merah kehitaman       | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah |
| <b><i>Sanguilenta</i></b> | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah bercampur lendir  |

|               |           |                           |  |
|---------------|-----------|---------------------------|--|
| <i>Serosa</i> | 7-14 hari | Kekuningan/<br>kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta |
| <i>Alba</i>   | >14 hari  | Putih                     | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.                          |

(Sumber: Maryunani, 2015)

c. Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Maryunani, 2015).

2. Perubahan sistem pencernaan

Pasca persalinan, kadar progesterone ibu menurun, dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Ibu juga dapat mengalami konstipasi pasca persalinan, karena alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan usus menjadi kosong, dehidrasi, kurang makan, dan adanya laserasi jalan lahir.

(Maryunani, 2015)

### 3. Perubahan musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh darah yang berada di antara otot-otot uterus akan terjepit. Sehingga pada proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu proses persalinan, secara berangsur-angsur akan menjadi menyempit dan pulih kembali sehingga terkadang uterus jatuh kebelakang dan menjadi *retrofleksi* karena *ligamentum retundum* menjadi kendur.

Pada wanita setelah masa melahirkan mengeluh bahwa kandungannya menjadi kendur akibat hamil, itu semua dikarenakan karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara kembali sempurna terjadi 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat plastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih terasa agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, di anjurkan untuk melakukan latihan senam yang membantu proses mengembalikan fungsi tubuh serta jaringan yang berkaitan. Pada 2 hari *post partum*, sudah dapat fisioterapi ( Suherni dkk, 2009).

### 4. Perubahan Endokrin

#### a. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin* )

Hormon HCG menurun dengan cepat setelah persalinan. menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

b. *Hormone pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler ( minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. *Hypotalamik pituitary ovarium*

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar *estrogen* dan *progesteron* (Saleha, 2009).

d. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Saleha, 2009)

#### **2.3.4 Perubahan Psikologis Ibu Nifas**

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

1. Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2. Fase *taking hold*

Periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

### 3. Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya sudah meningkat. Ada kalanya, ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya keadaan ini disebut *baby blues*. Sedangkan saat masa nifas ibu juga dapat mengalami gangguan pada psikologisnya, antara lain;

#### a. *Postpartum Blues*

Merupakan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi atau Gangguan efek ringan ( gelisah, cemas, lelah ) yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan.

Faktor penyebabnya yaitu, faktor Hormonal, Berupa perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin, dan estriol yang terlalu rendah., faktor Usia, Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan Adanya perasaan belum siap menghadapi lahirnya bayi, Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, sosial ekonomi, serta keadekuatan dukungan sosial lingkungannya.

Gejala yang dialami ibu nifas dengan gangguan ini yaitu, Reaksi depresi/sedih, menagis, mudah tersinggung atau iritabilitas, cemas, labil

perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan.

*b. Depretion Postpartum*

Depresi berat yang terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari. Faktor Penyebab antara lain, Faktor konstitusional, gangguan post partum berkaitan dengan riwayat obstetri yang meliputi riwayat hamil sampai bersalin, serta adanya komplikasi atau tidak dari kehamilan dan persalinan sebelumnya, Faktor psikologi Paralihan yang cepat dari keadaan “ 2 dalam 1 “, pada akhir kehamilan menjadi dua individu. Yaitu ibu dan anak yang bergantung pada penyesuaian psikologis individu (Maryunani,2015).

### **2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

1. Nutrisi dan Cairan

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

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Tablet zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

## 2. Ambulasi

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

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu post partum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya : memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d. Lebih sesuai dengan keadaan indonesia (sosial ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang saksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka perut, serta memperbesar kemungkinan *prolapsus* atau *retrotexto uteri*. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu *postpartum* dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya. Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi bukan

maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

(Maryunani, 2015)

### 3. Eliminasi

#### Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak menunggu 8 jam untuk kateterisasi. Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum.

- a. Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- b. Otot-otot perut masih lemah.
- c. Edema dan uretra.
- d. Dinding kandung emih kurang sensitif.

#### Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pemcahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pemcahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

### 4. Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- 2) Menganjurkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan daerah vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari dan disetrika.
- 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

#### 5. Istirahat dan tidur

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

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

## 6. Aktifitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

## 7. Latihan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan di dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini:

- a. Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan

otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung:

- b. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
- c. Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas dalam, angkat dagu keada, tahan mulai hitungan satu sampai lima. Rileks dan ulangi sebanyak sepuluh kali
- d. Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul bukanlah latihan keagel
- e. Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai lima hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak lima kali.
- f. Mulai mengerjakan lima kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu keenam setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

### **2.3.6 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

Pemerintah membuat kebijakan untuk kunjungan masa nifas sebanyak 3 kali, diantaranya :

1. Kunjungan ke 1 (6 jam-3 hari setelah persalinan)
2. Kunjungan ke 2 (4 – 28 hari setelah persalinan)
3. Kunjungan ke 3 (29-42 minggu setelah persalinan)

Dalam kunjungan ke 1-3 ibu mendapatkan pelayanan pemeriksaan berupa;

- a. kondisi ibu nifas secara umum
- b. Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi
- c. Lochia dan perdarahan

- d. Pemeriksaan jalan lahir
- e. Pemeriksaan payudara dan KIE mengenai Asi eksklusif
- f. Pemberian kapsul vit.A

Nasihat yang diberikan berupa:

- a. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan
- b. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas
- c. Menjaga kebersihan dari termasuk area geneetalia
- d. Istirahat yang cukup
- e. Bagi ibu yang melahirkan secara SC maka harus menjaga luka jahita bekas operasi
- f. Cara menyusui dengan benar
- g. Jangan memberikan bayi selalu menangis terlsu lsms sksn mengakibatkan bayi stres
- h. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sendiri mungkin bersama suami dan keluarga

(Kemenkes RI, 2014)

### **2.3.7 Tanda Bahaya Masa Nifas**

1. Lelah dan sulit tidur
2. Adanya tanda infeksi pueperalis (demam)
3. Nyeri atau panas saat berkemih, nyeri abdomen
4. Sembelit, hemoroid
5. Sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati, dan edema

6. Lokia berbau busuk, sangat banyak (lebih dari 2 pembalut dalam 1 jam) dan disertai nyeri abdomen
7. Putting susu pecah dan mammae bengkak
8. Sulit menyusui
9. Rabun senja
10. Edema, sakit, panas pada tungkai

(Suherni,dkk; 2009)

## **2.4 Bayi Baru Lahir**

### **2.4.1 Definisi**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500- 4000 gram (Sondakh, 2013). Usia bayi baru lahir dimulai Sejak bayi lahir hingga 28 hari dengan usia gestasinya 38-42 minggu (Suherni, 2009).

### **2.4.2 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Ciri bayi baru lahir normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
2. Panjang badan bayi 48-50 cm.
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm.
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
5. Bunyi jantung dalam menit pertama kurang lebih 180 kali /menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernapasan cepat pada menit- menit pertama kira – kira 80 kali / menit disertai pernapasan cuping hidung retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.

7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi vernik kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9. Kuku telah agak panjang dan lemas.
10. Genitalia : testis sudah turun ( pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora ( pada bayi perempuan).
11. Reflek isap,menelan, dan moro telah terbentuk.
12. Eliminasi urin dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama  
( Sondakh, 2013)

### **2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus**

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

1. Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan yang ekstraterin.
2. Dalam 24 jam setelah lahir , sistem ginjal , gastrointestinal , hematologi , metabolik, dan sistem neurologis pada bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrasuteri.

Setiap bayi baru lahir akan mengalami periode transisi, yaitu :

- 1.)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.
- 2.)Pada periode pertama reaktifitas (segera setelah lahir) akan terjadi pernapasan cepat (dapat mencapai 80 kali/menit) dan pernapasan cuping hidung yang berlangsung sementara , retraksi serta suara

seperti mendengkur dapat terjadi . denyut jantung dapat mencapai 180 kali/ menit. Selama beberapa menit kehidupan.

- 3.)Setelah respon awal ini , bayi baru lahir akan 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.
- 4.)Periode kedua reaktifitas dimulai ketika bayi bangun , di tandai dengan respon berlebihan terhadap stimulus , perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis dan denyut jantung cepat.
- 5.)Lendir mulut dapat menyebabkan masalah yang bermakna misalnya tersedak, aspirasi ,tercekik ,dan batuk (Sondakh, 2013).

#### **2.4.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir**

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum, ini tandanya bayi terkena infeksi berat
2. Bayi kejang, Jika melihat gejala/gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, menghisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang
3. Bayi lemah, bergerak hanya dipegang, ini tandanya bayi sakit berat
4. Sesak nafas (frekuensi pernafasan 60 kali/menit atau lebih)
5. Bayi merintih yang menandakan ia sedang mengalami sakit berat
6. Pusing kemerahan sampai dinding perut, kondisi ini menandakan bahwa bayi mengalami infeksi berat

7. Demam (suhu tubuh lebih dari 37,5°C) atau tubuh terasa dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,5°C)
8. Mata bayi bernanah banyak, ini dapat menyebabkan bayi menjadi buta
9. Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini menandakan bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
10. Kulit bayi terlihat kuning, kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada;
  - a. Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
  - b. Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
  - c. Kuning sampai telapak tangan atau kaki

(Sondakh, 2013)

#### **2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal**

1. Jaga kehangatan
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu)
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
5. Lakukan 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 K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini
8. Pemeriksaan fisik bayi
9. Identifikasi bayi
10. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
11. Pemulangan bayi baru lahir normal dan konseling kunjungan ulang

12. Kie ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir, perawatan talipusat, dan pemberian ASI eksklusif

#### **2.4.6 Kunjungan Bayi Baru Lahir Normal**

Palayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan bidan/dokter dilaksanakan minimal 3 kali kunjungan, yaitu:

1. Kunjungan 1 pada 6 jam – 48 jam setelah lahir
2. Kunjungan ke 2 pada hari ke 3-7 setelah lahir
3. Kunjungan ke 3 pada hari ke 8-28 hari setelah lahir

Ibu/keluarga dapat memastikan bayi sudah mendapatkan pelayanan kesehatan dan tercatat hasil pelayanan sebagai berikut:

- a. Berat badan
- b. Panjang badan
- c. Suhu
- d. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
- e. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
- f. Memeriksa status pemberian Vit. K
- g. Memeriksa status HB-O
- h. Memeriksa masalah ayau keluhan ibu.

(Kemenkes RI, 2014)

## **2.5 Asuhan Kebidanan**

### **2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan-pendekatan dan kerangka piker yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan

data, analisis data untuk diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (KepMenkes RI no. 369 tahun 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 diagnose atau masalah aktual, (3) menyusun rencana tindakan; (4) melaksanakan tindakan sesuai rencana dan evaluasi.

### **2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan**

Menurut KMK RI no. 938 tahun 2007 menjelaskan bahwa Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan Ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

#### **1. Standar I : Pengkajian**

##### **d. Pernyataan standar**

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

##### **e. Kriteria pengkajian**

1) Data tepat, akurat dan lengkap

2) Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa : Biodata, keluhan

utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya.

#### **2. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.**

a. Pernyataan Standar

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 diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. Standar III : Perencanaan

a. Pernyataan standar 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 / pasien dan keluarga
- 3.)Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien
- 4.)Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 5.)Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

4. Standar IV : Implementasi

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial – spiritual – kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria evaluasi

- 1.) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

- 2.) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien
- 3.)Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4.)Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien.

6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

- a. Pernyataan standar Bidan melakukan pencatatan secara lengkap akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/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/KIA)
  - 2.)Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah data hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah pentalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi / follow up dan rujukan.

(Kemenkes RI, 2007)

