

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Uraian Teori**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT/HPMT). Kehamilan dibagi dalam 3 trimester yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

###### **b. Pemeriksaan Kehamilan**

Setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterin, serta ada tidaknya masalah atau komplikasi (Saifuddin, 2009). Standar pelayanan pemeriksaan kehamilan dikenal sebagai 10 T yang terdiri dari:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
- 2) Pemeriksaan tekanan darah;
- 3) Nilai status gizi dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA);
- 4) Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU);
- 5) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dan berikan imunisasi TT bila diperlukan;
- 7) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan;

- 8) Tes laboratorium (rutin dan khusus);
- 9) Tatalaksana kasus; dan
- 10) Temu wicara.

Menurut Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, pelayanan antenatal atau kehamilan tersebut dapat dilakukan dengan beberapa langkah (2010) yang terdiri dari:

- 1) Anamnesa

Beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesa yaitu menanyakan beberapa hal seperti keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini; tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang mungkin diderita ibu hamil; status kunjungan (baru atau lama), riwayat kehamilan yang sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya, dan riwayat penyakit yang diderita ibu; status imunisasi Tetanus Toksoid (TT); jumlah tablet Fe yang dikonsumsi dan obat lain; pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi, dan kualitas asupan makanan terkait dengan kandungan gizinya; serta kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan terjadinya komplikasi dalam kehamilan.

Anamnesa dapat memberikan informasi untuk 2T yaitu imunisasi TT, dan jumlah tablet Fe yang sudah dikonsumsi.

Tabel 1. Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Lanjutan Pada Wanita Usia Subur Termasuk Ibu Hamil.

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2013

## 2) Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal terpadu, meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu hamil.

### a) Fisik umum

Pemeriksaan meliputi tekanan darah; berat badan; edema, varises; dan masalah dari kunjungan pertama. Pengukuran tinggi badan dan lingkaran lengan atas (LILA) dilakukan pada kontak pertama, sedangkan keadaan umum dan suhu tubuh rutin diperiksa pada ibu hamil trimester III (Kementrian Kesehatan, 2010).

Pemeriksaan fisik umum dapat memberikan informasi untuk 3T yaitu timbang berat badan serta ukur tinggi badan, tekanan darah, dan lingkaran lengan atas.

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu. Ibu yang kelebihan atau kekurangan berat badan harus dipantau secara cermat dan diberikan konseling mengenai nutrisi (Boyle 1995 dalam Myles 2009).

Indeks Massa Tubuh (IMT) dihitung menggunakan rumus berat badan sebelum hamil (dalam kilogram) dibagi tinggi badan (dalam meter kuadrat).

$$IMT = \frac{BB \text{ sebelum hamil (kg)}}{TB (m^2)}$$

Tabel 2. Pertambahan Berat Badan Berdasarkan IMT sebelum hamil

Indeks massa tubuh sebelum kehamilan [berat badan (kg)/tinggi badan (m <sup>2</sup> )]	Rekomendasi pertambahan berat badan	
	Kg	pon
Rendah (<19.8)	12.5-18.0	0.49
Normal (19.8-26)	11.5-16.0	0.44
Tinggi (26.0-29.0)	7-11.5	0.3
Obes (>29)	6 (minimal)	14 (maksimal)

Sumber: Medforth, 2013

b) Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menentukan apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia gestasi dan sejalan dengan kemajuan kehamilan. Tujuan spesifiknya adalah mengobservasi tanda-tanda kehamilan, mengkaji pertumbuhan dan ukuran janin, mengauskultasi jantung janin, mengidentifikasi letak bagian tubuh janin, dan mendeteksi adanya penyimpangan dari normal. Metode menggunakan teknik inspeksi, palpasi, dan auskultasi (Fraser, 2009).

Pemeriksaan abdomen dapat memberikan informasi untuk 2T tinggi fundus uteri (TFU) serta denyut jantung janin (DJJ), dan presentasi janin. TFU dilakukan dalam 2 (dua) cara yaitu TFU Leopold dan menggunakan pita ukur. Ukuran TFU menggunakan TFU Leopold disesuaikan dengan usia kehamilan. Berikut ini tabel TFU menurut usia kehamilan.

Tabel 3. Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat – prosessus xifoideus	32 minggu
Setinggi prosessus xifoideus	36 minggu
2 jari di bawah prosessus xifoideus	40 minggu

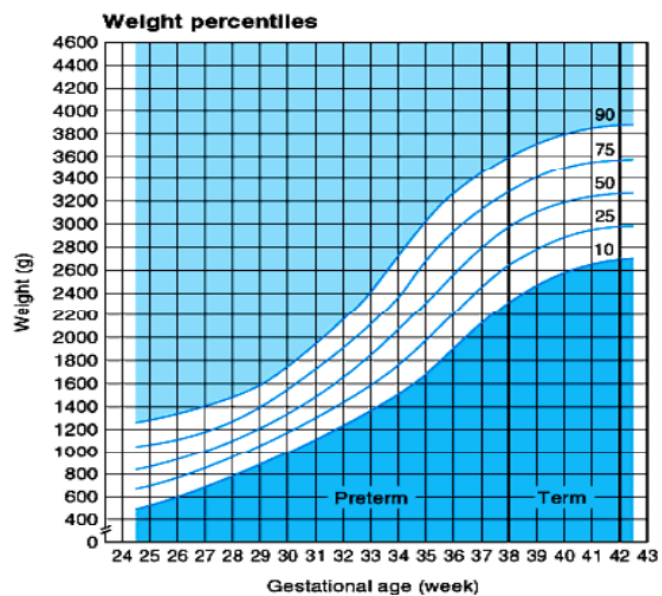
Sumber: Manuaba, 2010

TFU juga dapat memberikan informasi taksiran berat janin (TBJ). TBJ dihitung dengan rumus:

$TBJ = (TFU \text{ [dalam cm]} - 11) \times 155$  apabila presentasi janin sudah masuk panggul, atau

$TBJ = (TFU \text{ [dalam cm]} - 12) \times 155$  apabila presentasi janin belum masuk panggul.

Berikut ini adalah gambar kurva berat badan janin terhadap usia kehamilan



Gambar 1. Kurva berat janin terhadap umur kehamilan  
Sumber: Gomella TL, Cunningham MB, Eyal FG, Zenk KE  
(dalam Sunardi, 2013)

Berdasarkan Gambar 1, klasifikasi berat janin menurut umur kehamilan adalah sebagai berikut:

- (1) Lebih dari 90 presentil adalah Besar untuk Masa Kehamilan (BMK).
- (2) 10 sampai 90 presentil adalah Sesuai untuk Masa Kehamilan (SMK).

(3) Kurang dari 10 presentil adalah Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK).

c) Pemeriksaan laboratorium atau penunjang

Pemeriksaan ini untuk memenuhi T yang ke-8 dari 10T yaitu tes laboratorium (rutin dan khusus). Menurut Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu (2010), pemeriksaan laboratorium rutin pada trimester III yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin. Pemeriksaan protein urin, gula darah/reduksi, darah malaria, BTA, darah sifilis, serologi HIV, dan pemeriksaan USG dilakukan atas indikasi.

d) Psikologis

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi, ...” (Fraser, 2009).

3) Skrining Kehamilan

Skrining kehamilan bisa dilakukan menggunakan skor Poedji Rochjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Tujuannya untuk melakukan pengelompokan sesuai dengan risiko kehamilannya, dan mempersiapkan tempat persalinan yang aman sesuai dengan kebutuhannya serta melakukan pemberdayaan terhadap ibu hamil,

suami, maupun keluarga agar mempersiapkan mental, biaya untuk rujukan terencana.

Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat peringatan bagi petugas kesehatan (Rochjati, 2011). Gambar *terlampir*.

a) Kelompok faktor risiko

Berdasarkan buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2010), faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat tingkat risikonya sesuai dengan derajat kegawatannya. Kelompok tersebut adalah sebagai berikut:

(1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan (Rochjati, 2011).

Tabel 4. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan – Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur $\leq 16$ tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur $\geq 35$ tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin $\geq 4$ tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil $\geq 10$ tahun
4	Anak Terkecil <2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil $\leq 2$ tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan – Kondisi Ibu
6	Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi badan <145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua yang pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 (dua) kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam Rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan post persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan Operasi Sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati, 2011

## (2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 5. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan – Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil a. Anemia b. Malaria c. Tuberkulosa Paru d. Payah jantung e. Kencing manis f. PMS, dll	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang. Panas tinggi, menggigil keluar keringat, sakit kepala. Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu, dan kurus. Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak. Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan laboratorium. Diketahui dari diagnosis dokter dengan pemeriksaan laboratorium.
2	Preeklampsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi.
3	Hamil kembar/Gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat.



No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan – Kondisi Ibu
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil.
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan.
6	Janin mati di dalam Rahim ibu	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil.
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Letak lintang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di samping perut; kepala bayi di dalam Rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati, 2011

### (3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 6. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR III)	Batasan – Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi.
2	Preeklampsia berat Eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin. Ditambah dengan terjadi kejang-kejang.

Sumber: Rochjati, 2011

#### b) Cara pemberian skor (Rochjati, 2011)

- (1) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2, 4, dan 8.
- (2) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.

- (3) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklampsia berat/eklamsia diberi skor 8.

c) Kelompok kehamilan

Berdasarkan buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2010), jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, yaitu kehamilan tanpa faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, pada kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu (umur Lintang) dengan faktor risiko-APGO atau AGO. Selama kehamilan ibu hamil sehat. Dalam persalinan harus waspada terhadap komplikasi. KRT juga terdapat pada kehamilan dengan hanya satu faktor risiko-AGDO, yaitu ibu perdarahan sebelum bayi lahir, pre-eklamsi berat/eklamsi. Dengan kegawat-daruratan/gawat-darurat obstetrik bagi ibu dan janin, segera dirujuk ke rumah sakit.
- (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq$  12, yaitu pada kehamilan dengan faktor risiko ganda 2 atau lebih, kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan meningkat pula pada ibu hamil dengan faktor risiko-AFGO dan AGO, ibu dengan gawat obstetrik, ibu hamil sehat namun dengan prakiraan komplikasi dalam persalinan, membutuhkan Persalinan Aman di tempat dan penolong sesuai dengan faktor risikonya, dilakukan

Rujukan Terencana ke Puskesmas PONEK atau RS PONEK; ibu hamil dengan faktor risiko AFGO, AGO, dan AGDO, pada ibu/janin ada kegawatdaruratan/gawat darurat obstetrik membutuhkan dirujuk sebagai Rujukan Tepat Waktu dalam upaya penyelamatan ibu dan janin/bayi baru lahir.

#### 4) Penanganan dan Tindak Lanjut

Berdasarkan hasil pemeriksaan kehamilan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan T yang ke-9, 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.

#### 5) Temu Wicara atau Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Temu wicara atau KIE ini termasuk juga Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah T yang ke-10.

Tabel 7. Materi KIE efektif dalam pelayanan antenatal terpadu

No	Materi KIE	Isi Pesan
1	Persiapan persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.</li> <li>b. Tubulin</li> <li>c. Tempat persalinan</li> <li>d. Transportasi rujukan</li> <li>e. Penolong persalinan</li> <li>f. Calon donor darah</li> <li>g. Pendamping persalinan</li> <li>h. Suami SIAGA (siap antar dan jaga)</li> </ul>
2	Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Skin to skin contact</i> untuk IMD</li> <li>b. Kolostrum</li> <li>c. Rawat gabung</li> <li>d. ASI saja 6 bulan</li> <li>e. Tidak diberi susu formula</li> <li>f. Keinginan untuk menyusui</li> <li>g. Penjelasan pentingnya ASI</li> <li>h. Perawatan puting susu</li> </ul>
3	KB postpersalinan	Metode yang sesuai dalam masa nifas

No	Materi KIE	Isi Pesan
4	Masalah gizi	a. Suplementasi tablet besi b. Mengonsumsi garam beryodium c. Mengonsumsi makanan padat kalori dan kaya zat besi d. Pemberian makanan tambahan
5	Masalah penyakit kronis dan penyakit menular	a. Upaya pencegahan b. Mengenali gejala penyakit c. Menerapkan PHBS d. Kepatuhan minum obat
6	Kelas ibu	a. Setiap ibu hamil menggunakan buku KIA b. Bertukar pengalaman di antara ibu hamil c. Senam hamil
7	<i>Brain booster</i>	a. Berkomunikasi dengan janin b. Musik untuk menstimulasi janin c. Nutrisi seimbang bagi ibu hamil
8	Informasi HIV/AIDS (PMTCT) dan IMS	a. Definisi HIV, AIDS, dan IMS b. Penularan HIV dan IMS c. Pentingnya tes HIV
9	Informasi KtP	a. Pengertian kekerasan terhadap perempuan b. Bentuk-bentuk KtP c. Akibat KtP d. Pencegahan dan penanganan KtP

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2010

### c. Ibu Hamil pada Usia 35 Tahun atau Lebih

Masalah yang pasti muncul setelah usia 35 tahun mencakup peningkatan risiko kelainan genetik. Selain itu, seiring peningkatan usia, risiko wanita untuk menderita diabetes gestasional, hipertensi, dan penyakit kronis lainnya meningkat. Ibu hamil pada usia lebih atau sama dengan 35 tahun meningkatkan masalah pada kandung kemih, masalah pada janin, berisiko mengalami keguguran, melahirkan melalui operasi sesar, dan berisiko lebih tinggi melahirkan bayi cacat (Varney, 2009).

Berdasarkan buku *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil* (2011), ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

Komplikasi yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain tekanan darah tinggi dan preeklampsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, dan perdarahan setelah bayi lahir.

Kebutuhan pertolongan medik pada ibu hamil ini menurut buku *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2011)* adalah:

- a. Perawatan teratur agar dapat ditemukan penyakit/faktor risiko lain secara dini dan mendapat pengobatan.
- b. Pertolongan persalinan membutuhkan tindakan/operasi Sesar.

Pertolongan yang dapat diberikan menurut buku *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (2011)* yaitu:

- a. Memberikan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) untuk memeriksakan kehamilan teratur.
- b. Membantu menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun penyakit/faktor risiko dari kehamilan.
- c. Membantu perencanaan melahirkan pada bidan/Puskesmas.

## **2. Persalinan**

### **a. Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009).

## **b. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan**

### 1) *Lightening*

*Lightening*, yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada sefalik, kepala bayi biasanya menancap (*engaged*) setelah *lightening*. Wanita sering menyebut *lightening* sebagai “kepala bayi sudah turun”. *Lightening* menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Sesak napas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ketiga kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun, tetap saja *lightening* menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor. (Varney, 2008).

Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

- a) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- b) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi.
- c) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai.
- d) Peningkatan stasis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah. (Varney, 2008).

## 2) Perubahan Serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau tadinya selama hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang, dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti *pudding*, dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya-sebagai contoh, pada masa hamil, serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup (Varney, 2008).

## 3) Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan (Varney, 2008).

Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kekurangan energi dalam menghadapinya.....” (Varney, 2008).

## 4) Ketuban Pecah Dini

## 5) *Bloody Show*

*Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya, dalam 24 hingga 48 jam. Akan tetapi *bloody show* bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil

terhadap, atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan (Varney, 2008).

#### 6) Lonjakan Energi

### c. Pembagian Kala Persalinan

Persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu:

#### 1) Kala I

Kala satu persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 sentimeter). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (Varney, 2008).

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif (Prawirohardjo, 2009).

Tabel 8. Asuhan kebidanan selama persalinan kala I normal

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat	Dukungan yang dapat diberikan: a. Mengusap keringat b. Menemani/membimbing jalan-jalan (mobilisasi) c. Memberikan minum d. Merubah posisi, dan sebagainya e. Memijat atau menggosok pinggang
Mengatur aktivitas dan posisi ibu	Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus.



<b>Tindakan</b>	<b>Deskripsi dan Keterangan</b>
Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his	Ibu diminta menarik napas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his
Menjaga privasi ibu	Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ibu
Penjelasan tentang kemajuan persalinan	Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan
Menjaga kebersihan diri	Membolehkan ibu untuk mandi. Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil/besar
Mengatasi rasa panas	Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasa, atau menganjurkan ibu untuk mandi.
Masase	Jika ibu suka, lakukan pijatan/masase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut
Pemberian cukup minum	Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi
Mempertahankan kandung kemih tetap kosong	Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin
Sentuhan	Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.

Sumber: Prawirohardjo, 2009

## 2) Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau

kepala jannin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm  
(Prawirohardjo, 2009)

Tabel 9. Asuhan kebidanan selama persalinan kala II normal

<b>Tindakan</b>	<b>Deskripsi dan Keterangan</b>
Memberikan dukungan yang terus menerus pada ibu	Kehadiran seseorang untuk mendampingi Ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi, dan memijat ibu.
Menjaga kebersihan diri	Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi. Bila ada darah lender atau cairan ketuban segera dibersihkan.
Mengipasi dan memasase	Menambah kenyamanan bagi ibu.
Memberikan dukungan mental	Untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan ibu dengan cara menjaga privasi ibu, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, dan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
Mengatur posisi ibu	Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi seperti jongkok, menungging, tidur miring, atau setengah duduk. Posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma vagina, perineum, dan infeksi.
Menjaga kandung kemih tetap kosong	Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga panggul.
Memberikan cukup minum	Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
Memimpin mendedan	Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil napas. Mendedan tanpa diselingi bernapas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilikus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai APGAR rendah.
Bernafas selama persalinan	Minta ibu bernapas selagi kontraksi ketika kepala akan lahir. Hal ini menjaga agar perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan.
Pemantauan denyut jantung janin (DJJ)	Periksa DJJ setelah setiap kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120x/menit). Selama mendedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Melahirkan bayi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolong kelahiran kepala:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat.</li> <li>b. Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan.</li> <li>c. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.</li> </ol> </li> <li>2. Periksa tali pusat: Bila tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.</li> <li>3. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi.</li> <li>b. Lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan.</li> <li>c. Lakukan tarikan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang.</li> <li>d. Selipkan satu tangan anda ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya.</li> <li>e. Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh.</li> </ol> </li> </ol>
Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh.	Setelah bayi lahir segera dikeringkan dan diselimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan berikan bayi untuk menetek.
Merangsang bayi	Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi. Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi. (Prawirohardjo, 2009)

Sumber: Prawirohardjo, 2009

### 3) Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Manajemen aktif pada kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum. (Prawirohardjo, 2009)

Penilaian klinik pada kala III dilakukan pengkajian awal atau segera, yaitu palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua; jika ada, tunggu sampai bayi kedua lahir, serta menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil; jika tidak, rawat bayi segera. (Prawirohardjo, 2009)

Tabel 10. Manajemen aktif pada kala III persalinan

Langkah-langkah inti	Deskripsi dan Keterangan
Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin	Dengan penjepitan tali pusat dini akan memulai proses pelepasan plasenta.
Memberikan oksitosin	<p>Oksitosin merangsang uterus berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oksitosin 10 IU IM dapat diberikan ketika kelahiran bahu depan bayi jika petugas lebih dari satu dan pasti hanya ada bayi tunggal.</li> <li>2. Oksitosin dapat diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi jika hanya ada seorang petugas dan hanya ada bayi tunggal.</li> <li>3. Oksitosin 10 IU IM dapat diulangi setelah 15 menit jika plasenta masih belum lahir.</li> <li>4. Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting payudara ibu atau berikan ASI pada bayi guna menghasilkan oksitosin alamiah.</li> </ol>

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Melakukan penegangan tali pusat terkendali atau PTT (CCT/ <i>Controlled Cord Traction</i> )	<p>PTT mempercepat kelahiran plasenta begitu sudah terlepas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satu tangan diletakkan pada korpus uteri tepat diatas simfiis pubis. Selama kontraksi tangan mendorong korpus uteri dengan gerakan dorso kranial – ke arah belakang dan ke arah kepala ibu.</li> <li>2. Tangan yang satu memegang tali pusat dekat pembukaan vagina dan melakukan tarikan tali pusat yang terus menerus, dalam tegangan yang sama dengan tangan ke uterus selama kontraksi.</li> </ol> <p>PTT dilakukan hanya selama uterus berkontraksi. Tangan pada uterus merasakan kontraksi, ibu dapat juga memberitahu petugas ketika ia merasakan kontraksi. Ketika uterus sedang tidak berkontraksi, tangan petugas dapat tetap berada pada uterus, tetapi bukan melakukan PTT. Ulangi langkah-langkah PTT pada setiap kontaksi sampai plasenta terlepas.</p> <p>Begitu plasenta terasa lepas, keluarkan dari jalan lahir dengan menggerakkan tangan atau klem pada tali pusat mendekati plasenta, keluarkan plasenta dengan gerakan ke bawah dan ke atas sesuai jalan lahir. Kedua tangan dapat memegang plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk mengeluarkan selaput ketuban.</p>
Masase fundus	<p>Segera setelah plasenta dan selaputnya dilahirkan, masase fundus agar menimbulkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan postpartum...”</p>

Sumber: Prawirohardjo, 2009

PTT dapat dilakukan bahkan setelah plasenta terlepas secara fisiologi. Oksitosin dapat diberikan segera setelah plasenta lahir untuk menolong kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. Jika plasenta belum juga terlepas saat bayi lahir sudah selesai ditangani, maka berikan oksitosin dan lakukan PTT. Tanda-tanda pelepasan fisiologi dari uterus

adalah bertambah panjang, pancaran darah, bentuk uterus menjadi lebih bulat. (Prawirohardjo, 2009)

#### 4) Kala IV

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Selama kala IV, petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering. (Prawirohardjo, 2009)

Tabel 11. Asuhan kebidanan selama persalinan kala IV normal

Periksa	Deskripsi
Fundus	Rasakan apakah fundus berkontraksi kuat dan berada di atau di bawah umbilicus. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Masase fundus jika perlu untuk menimbulkan kontraksi.
Plasenta	Periksa kelengkapannya untuk memastikan tidak ada bagian yang tersisa dalam uterus
Selaput ketuban	Periksa kelengkapannya untuk memastikan tidak ada bagian yang tersisa dalam uterus
Perineum	Periksa luka robekan pada perineum dan vagian yang membutuhkan jahitan
Memperkirakan pengeluaran darah	Dengan memperkirakan darah yang menyerap pada kain atau dengan menentukan berapa banyak kantong darah 500 cc dapat terisi. Tidak meletakkan pispot pada ibu untuk menampung darah. Tidak menyumbat vagina dengan kain untuk menyerap darah. Pengeluaran darah abnormal > 500 cc
Lokhia	Periksa apakah ada darah keluar langsung pada saat memeriksa uterus. Jika uterus berkontraksi kuat, lochia kemungkinan tidak lebih dari menstruasi
Kandung kemih	Periksa untuk memastikan kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.
Kondisi ibu	a. Periksa setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, pantau ibu lebih sering. b. Apakah ibu membutuhkan minum? c. Apakah ibu ingin memegang bayinya?
Kondisi bayi baru lahir	a. Apakah bayi bernafas dengan baik/memuaskan? b. Apakah bayi kering dan hangat? c. Apakah bayi siap disusui/pemberian ASI memuaskan?

Sumber: Prawirohardjo, 2009

#### **d. Persalinan yang Bersih dan Aman**

Persalinan yang bersih dan aman menggunakan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) dilakukan pada persalinan dan kelahiran normal. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

Persalinan dengan penyulit misalnya persalinan lama, persalinan macet, malpresentasi, presentasi dan prolapse tali pusat, distosia bahu, janin lebih dari satu, perdarahan kala III, retensio plasenta, dan sebagainya perlu dilakukan rujukan atau kolaborasi dengan dokter. Apabila melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi diperlukan persiapan BAKSOKUDA. BAKSOKUDA terdiri dari:

- 1) Bidan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan penatalaksanaan kegawatdaruratan.
- 2) Alat yang dibutuhkan seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop.
- 3) Keluarga.
- 4) Surat yang berisi identifikasi ibu, alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, dan obat-obatan yang telah diberikan pada ibu.
- 5) Obat-obat esensial.
- 6) Kendaraan yang cukup baik dan memungkinkan ibu dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dengan cepat.

- 7) Uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.
- 8) Darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan.

### 3. Bayi Baru Lahir (BBL)

#### a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir yang dimaksud dalam laporan tugas akhir ini adalah bayi segera setelah lahir sampai 6 jam.

#### b. Penilaian Klinik Bayi Baru Lahir

Penilaian yang dilakukan sebelum bayi lahir adalah umur kehamilan dan air ketuban (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Penilaian umum bayi pada menit pertama dan ke-5 setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Nilai dikaji pada 1 menit dan 5 menit setelah kelahiran (APGAR 1953 dalam Myles 2009).

Tabel 12. Nilai APGAR

Tanda	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> atau penampilan bayi yaitu warna kulit	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> atau Nadi yaitu frekuensi jantung	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Kurang dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> yaitu respons refleksi terhadap rangsang	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> yaitu tonus otot	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> yaitu upaya pernapasan	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Sumber: Myles, 2009



Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia. Prawirohardjo (2009) mengklasifikasikannya sebagai berikut:

- 1) Nilai APGAR 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai APGAR 4-6 : asfiksia sedang ringan
- 3) Nilai APGAR 0-3 : asifiksia berat

Bayi baru lahir fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu, berat badan lahir 2500-4000 gram, nilai APGAR baik, dan tidak ada cacat bawaan (Direktorat Kesehatan Anak Khusus, 2010).

Bayi baru lahir fisiologis dilakukan manajemen bayi baru lahir normal. Manajemen bayi baru lahir normal dalam buku Pelayanan Neonatal Esensial adalah sebagai berikut:

- 1) Menjaga bayi tetap hangat;
- 2) Mengisap lendir dari mulut dan hidung (hanya jika perlu);
- 3) Mengeringkan bayi;
- 4) Memantau tanda bahaya;
- 5) Klem, potong, dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 6) Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
- 7) Memberi suntikan vitamin K1 1 mg intramuscular, di paha kiri anterolateral setelah IMD;
- 8) Memberi salep mata antibiotika pada kedua mata;
- 9) Pemeriksaan fisis;
- 10) Memberi imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskular, di paha kanan anterolateral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K.

Bayi aterm normal memiliki berat badan sekitar 3,5 kg, panjang badan 50 cm dari atas kepala hingga tumit, lingkaran kepala oksipital-frontal sekitar 34-35 cm. Sebagian besar bayi montok dan memiliki perut yang menonjol. Bayi cenderung berbaring dengan sikap fleksi, dengan jari tangan jika diregangkan mencapai tinggi paha (Myles, 2009).

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan atau kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda seperti sesak napas; frekuensi pernapasan 60 kali/menit; gerak retraksi di dada; malas minum; panas atau suhu badan bayi rendah; kurang aktif; dan berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum.

Tanda-tanda bayi sakit berat apabila terdapat salah satu atau lebih tanda-tanda seperti sulit minum; sianosis sentral (lidah biru); perut kembung; periode apneu; kejang/periode kejang-kejang kecil; merintih; perdarahan; sangat kuning; dan berat badan lahir < 1500 gram (Saifuddin, 2009).

#### **4. Nifas**

##### **a. Pengertian Nifas**

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2009).

##### **b. Jadwal Kunjungan Masa Nifas**

Jadwal kunjungan masa nifas (KF) paling sedikit dilakukan 4 (empat) kali.

Tabel 13. Jadwal Kunjungan Masa Nifas.

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti kunjungan 6 hari setelah persalinan
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: Saifuddin, 2009

### c. Anamnesa dan Pemeriksaan Masa Nifas

Pengkajian data subjektif dan objektif pada masa nifas didapatkan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik. Pengkajian tersebut berbeda pada tiap kunjungan.

Tabel 14. Ringkasan assesmen dan penatalaksanaan ibu nifas.

Keterangan	6 jam pertama	3 hari	2 minggu	6 minggu
Assesmen				
Riwayat ibu:				
- Keluhan	√	√	√	√
- Riwayat persalinan	√	-	-	-
- Riwayat sosial	√	-	-	-
- Kesedihan/depresi	√	√	√	-
Pemeriksaan fisik				
- Umum (varises, edema refleks, kelembekan betis/Homan)	√	√	√	√
- Payudara meliputi keadaan puting susu; nyeri tekan; abses; pembengkakan/ASI terhenti; pengeluaran ASI	-	√	√	√
- Perut meliputi posisi uterus/tinggi fundus uteri; kontraksi uterus; ukuran kandung kemih	√	√	√	√
- Vagina, vulva, perineum meliputi pengeluaran lochia; penjahitan laserasi atau luka episiotomi; pembengkakan; luka; hemoroid	√	√	√	√
Pemeriksaan Laboratorium (Hb – jika ada anemia antepartum atau perdarahan)				

Sumber: Saifuddin, 2009

Masa nifas dapat terjadi perubahan-perubahan fisiologi yaitu perubahan fisik; involusi uterus dan pengeluaran lochia; laktasi/pengeluaran Air Susu Ibu (ASI); perubahan sistem tubuh lainnya; perubahan psikis. Nifas fisiologis merupakan masa nifas yang data subjektif dan data objektif menunjukkan bahwa ibu nifas dalam keadaan normal dan perubahan yang terjadi adalah perubahan fisiologis (Saifuddin, 2009).

Tabel 15. Asuhan masa nifas normal pada ibu.

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Kebersihan diri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajukan kebersihan seluruh tubuh</li> <li>2. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar</li> <li>3. Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau diseterika</li> <li>4. Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya</li> <li>5. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka</li> </ol>
Istirahat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajukan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan</li> <li>2. Menyarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur</li> <li>3. 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</li> </ol>
Latihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung</li> <li>2. Menjelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan tidur telentang dengan lengan di samping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas ke dalam dan angkat dagu ke dada: tahan satu hitungan sampai 5. Rileks dan ulangi 10 kali.</li> <li>b. Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan Kegel).</li> </ol> </li> <li>3. Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot, pantat, dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.</li> </ol> <p>Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.</p>

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Gizi	Ibu menyusui harus: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari</li> <li>2. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup</li> <li>3. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)</li> <li>4. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari post bersalin</li> <li>5. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya</li> </ol>
Perawatan payudara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering</li> <li>2. Menggunakan BH yang menyokong payudara</li> <li>3. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet</li> <li>4. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok</li> <li>5. Untuk menghilangkan nyeri dapat minum parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam</li> <li>6. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit</li> <li>b. Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisi untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting</li> <li>c. Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak</li> <li>d. Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI keluarkan dengan tangan</li> <li>e. Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui</li> <li>f. Payudara dikeringkan</li> </ol> </li> </ol>
Hubungan perkawinan/ rumah tangga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap</li> <li>2. Banyak budaya, yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan</li> </ol>

Sumber: Saifuddin, 2009

## 5. Neonatus

### a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi berusia 0 sampai 28 hari (Kemenkes RI, 2010).

### b. Anamnesa dan Pemeriksaan Neonatus

Pengkajian data subjektif dan objektif pada masa neonatus didapatkan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik yang berbeda pada tiap kunjungan. Kunjungan neonatus (KN) dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu KN 1 dilakukan pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir, KN 2 dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, dan KN 3 dilakukan pada hari ke 8-28 setelah lahir.

Tabel 16. Ringkasan assesmen dan penatalaksanaan neonatus.

Keterangan	6-48 jam pertama	Hari 3-7	Hari 8-28
Riwayat bayi:			
- Nilai APGAR	√	-	-
- Menyusu	√	√	√
- Buang air besar	√	√	√
- Tidurnya	√	√	√
Pemeriksaan fisik			
- Panjang badan	√	-	-
- Berat badan	√	√	√
- Suhu	√	√	√
- Denyut jantung	√	√	√
- Refleks	√	-	-
- Aktivitas	√	√	√
- Kulit	√	√	√
- Mata	√	√	√
- Tali pusat	√	√	√
- Skrining untuk ketidaknormalan	√	-	-

Sumber: Saifuddin, 2009

Tabel 17. Asuhan Pada Neonatus Normal.

<b>Tindakan</b>	<b>Deskripsi dan Keterangan</b>
Kebersihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basuh bayi dengan kain/busa setiap dua hari sekali</li> <li>2. Bayi yang baru lahir tidak boleh dimandikan sepenuhnya sampai tali pusatnya kering dan ujung pusatnya sudah menyembuh</li> <li>3. Setiap kali bayi buang air kecil dan besar, bersihkan bagian perinealnya dengan air dan sabun, serta keringkan dengan baik; kotoran bayi dapat menyebabkan infeksi sehingga harus dibersihkan</li> </ol>
Menyusui	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyusui harus dilakukan segera setelah kelahiran selagi bayi dalam keadaan terjaga. Menyusui segera menaikkan oksitosin, yang juga menaikkan involusi pada uterus. Juga menaikkan ikatan dini antara ibu dan anak</li> <li>2. Bayi harus hanya disusui saja sekurang-kurangnya selama 4 bulan pertama. Bayi harus disusui sesuai tuntutan (kapan saja ia lapar) dan tanpa harus menggunakan jadwal</li> <li>3. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi, yang memberikan kalori dan gizi yang diperlukan bayi untuk 4 bulan pertama sehingga bayi mendapatkan kenaikan berat badan secara normal, karena semua gizi didapat sesuai dengan kebutuhan bayi. Mudah untuk dicerna. Memberikan perlindungan yang penting dari infeksi. Juga segar, bersih, dan siap diminum</li> </ol>
Tidur	Baringkan bayi ke samping atau terlentang (jangan pakai bantal)
Ujung tali pusat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampai tali pusat kering dan lepas, di daerah ini dapat terjadi infeksi sehingga harus dijaga agar bersih dan kering</li> <li>2. Ibu harus mencuci sekitar tali pusat setiap hari dengan sabun dan air</li> <li>3. Beritahu ibu untuk lapor ke bidan bila tali pusat berbau, ada kemerahan di sekitarnya atau mengeluarkan cairan</li> </ol>

Sumber: Saifuddin, 2009

## 6. Keluarga Berencana (KB) atau Kontrasepsi

### a. Kontrasepsi Untuk Perempuan Berusia Lebih Dari 35 Tahun

Perempuan berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif karena kelompok ini akan mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas jika mereka hamil. Bukti-bukti terakhir menunjukkan bahwa baik pil kombinasi maupun suntikan kombinasi dapat digunakan dengan aman oleh klien berusia >35 tahun sampai masa menopause, jika tidak terdapat faktor risiko lain. Kekhawatiran tentang risiko kanker mamma pada pemakaian kontrasepsi hormonal sesudah usia 35 tahun,



menurut penelitian terakhir tidak terbukti. Di samping terbukti turunnya tingkat prevalensi kanker payudara di antara perempuan usia >35 tahun, juga ternyata risiko kanker endometrium dan kanker ovarium juga turun. Namun, perempuan usia lebih dari 35 tahun yang merokok sebaiknya tidak menggunakan pil kombinasi atau pun suntikan kombinasi (Affandi, 2012).

**b. Kontrasepsi Postpersalinan**

Ovulasi dapat terjadi dalam waktu 21 hari postpersalinan. Klien postpersalinan yang menyusui, masa infertilitas lebih lama. Namun, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Klien postpersalinan dianjurkan memberi ASI eksklusif (hanya memberi ASI saja) kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Sesudah bayi berusia 6 bulan diberikan makanan pendamping ASI, dengan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun. Klien tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi. Metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi (Affandi, 2012).

**c. AKDR Post-Plasenta**

AKDR post-plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. AKDR bekerja langsung efektif segera setelah pemasangan. Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan (Affandi, 2012).

AKDR dapat keluar dari uterus secara spontan, khususnya selama beberapa bulan pertama. Kejadian ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien bila mau akan dapat dipasang lagi tapi kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi. Oleh karena itu diperlukan pelatihan. Kontraindikasi pemasangan post-plasenta

ialah: ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum. Bila terjadi ekspulsi AKDR dapat kembali di pasang. AKDR tidak melindungi diri terhadap IMS termasuk virus AIDS. Apabila pasangannya berisiko, mereka harus menggunakan kondom seperti halnya AKDR (Affandi, 2012).

AKDR dapat dipasang segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama tapi AKDR umumnya jenis Cu-T dimasukkan ke dalam fundus uteri dalam 10 menit setelah plasenta lahir. Sebelumnya potong benang AKDR sepanjang 6 cm sebelum insersi. Penolong telah menjepit AKDR di ujung jari tengah dan telunjuk yang selanjutnya menyusuri sampai ke fundus. Memastikan bahwa AKDR diletakkan dengan benar di fundus. Tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan ke bawah. (Affandi, 2012).

Klien dianjurkan kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR atau apabila tidak dapat meraba benang AKDR, merasakan bagian yang keras dari AKDR, AKDR terlepas, siklus terganggu/meleset, terjadi pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan, dan adanya infeksi. Selama bulan pertama mempergunakan AKDR, klien dianjurkan memeriksa benang AKDR secara rutin terutama setelah haid. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami kram/kejang di perut bagian bawah, perdarahan (*spotting*) di antara haid atau setelah senggama, nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual. Perdarahan menstruasi biasanya akan lebih lama dan lebih banyak.

## **B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

### **1. Pengertian Asuhan Kebidanan**

Menurut Kepmenkes No.369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan, 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 adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

### **2. Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan**

Menurut Kepmenkes No.369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan, manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Langkah untuk pemeriksaan kehamilan dalam Varney (2007) terdapat 7 (tujuh) langkah, yaitu:

#### **a. Pengumpulan data dasar**

Pengumpulan data dasar melalui pengkajian meliputi:

- 1) Riwayat kehamilan saat ini, riwayat medis sebelumnya, riwayat keluarga, riwayat kebidanan, riwayat menstruasi, riwayat seksual, kontrasepsi dan *douching*; riwayat sosial;
- 2) Pemeriksaan fisik;
- 3) Pemeriksaan panggul;
- 4) Pemeriksaan laboratorium.

b. Interpretasi Data Dasar

Langkah ini adalah menginterpretasikan data dasar yang diperoleh.

Interpretasi mencakup hal-hal seperti berikut ini:

- 1) Menentukan normal tidaknya kondisi kehamilan;
- 2) Membedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi;
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi normal atau komplikasi;
- 4) Mengidentifikasi area tertentu yang perlu dipelajari.

c. Antisipasi Masalah Potensial Terkait

Antisipasi masalah potensial terkait adalah hal yang penting pada pengembangan rencana perawatan yang komprehensif.

d. Kebutuhan Untuk Melakukan Intervensi atau Konsultasi Segera

Evaluasi terhadap kebutuhan akan intervensi yang segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk anggota tim perawatan kesehatan penting hanya jika terdapat penyimpangan dari nilai normal, dengan atau tanpa situasi kedaruratan.

e. Rencana Penatalaksanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan dari langkah-langkah sebelumnya.

f. Penatalaksanaan

Pelaksanaan dari rencana asuhan yang akan diberikan bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan.

g. Evaluasi

Evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Evaluasi bisa dilakukan saat itu juga, dan bisa dilakukan pada waktu kunjungan berikutnya.

### **3. Pengertian Standar Asuhan Kebidanan**

Menurut Kepmenkes No.938 Tahun 2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

### **4. Pencatatan Asuhan Kebidanan**

Setelah menjalankan pola pikir menurut Varney, pencatatan yang dilakukan oleh bidan mengacu pada standar VI yang berisi pencatatan asuhan kebidanan dalam Kepmenkes No.938 Tahun 2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yaitu:

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/buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

- 5) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif ; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

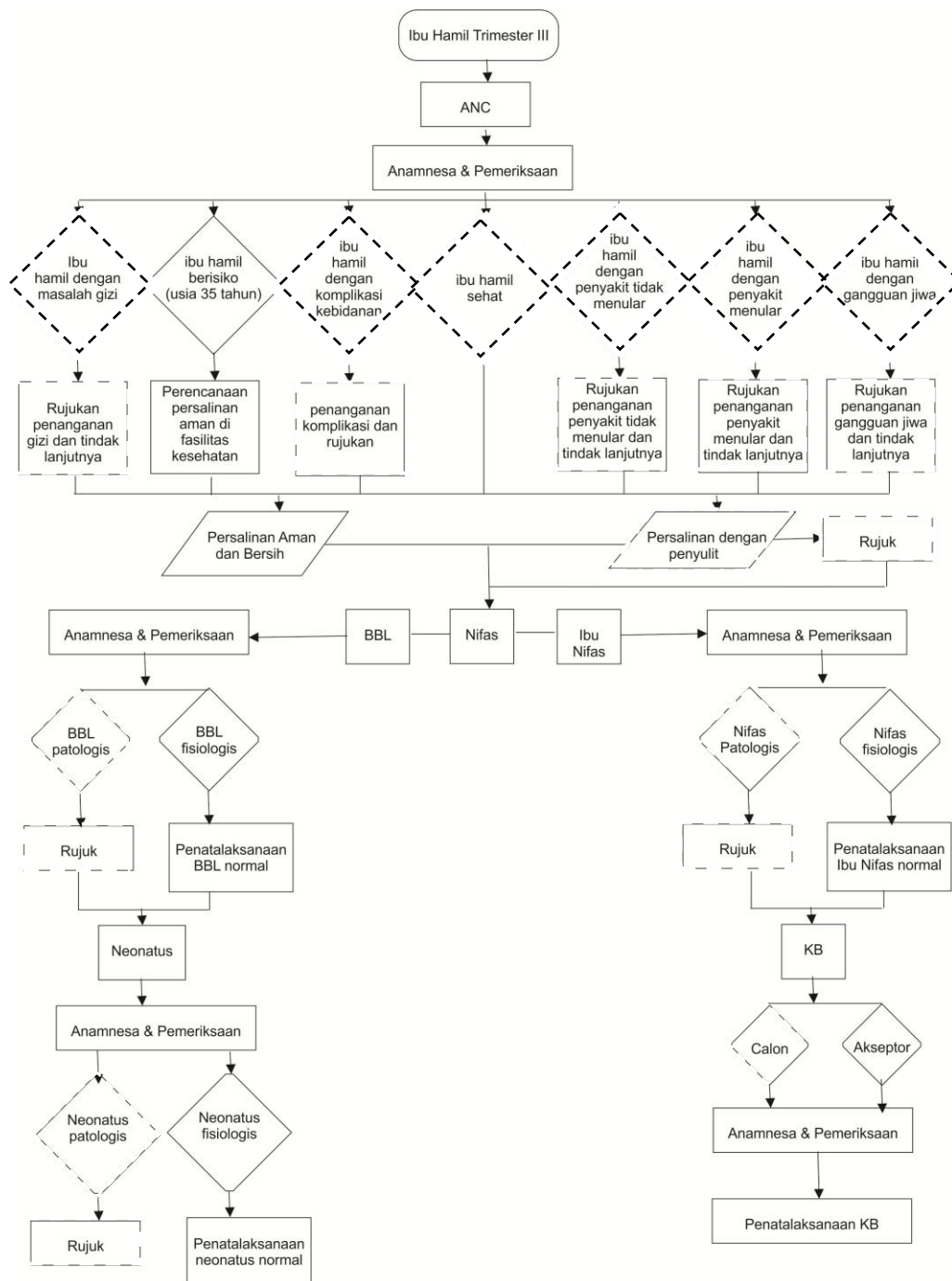
### C. *Flow Chart* Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

*Flow chart* atau bagan alir adalah suatu bagan (chart) yang menunjukkan alir (*flow*) di dalam program atau prosedur sistem secara logika dengan simbol-simbol standar yang mudah dipahami.

Tabel 18. Keterangan Simbol *Flow Chart*

Simbol	Keterangan
	Awal
	Arah aliran
	Proses atau kegiatan
	Kondisional atau keputusan
	Kondisi yang tidak berhubungan langsung dengan kasus
	Masukan atau keluaran

Gambar berikut merupakan sebuah *flow chart* yang menggambarkan asuhan kebidanan berkesinambungan mulai dari hamil trimester III, persalinan, BBL, neonatus, ibu nifas, dan KB.



Gambar 2. Flow Chart Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Modifikasi dari *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Intergratif di Tingkat Pelayanan Dasar & Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*.

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2008 & 2010