

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **I. TINJAUAN MEDIS**

##### **A. KEHAMILAN**

###### **1. Definisi**

Kehamilan ialah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo,2010;h.213).

Fertilisasi atau pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan sperma dan ovum di tuba uterin. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum. Setelah itu zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain (Sofian, 2011;h.17).

###### **2. Pembagian kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu :**

- a) Trimester I berlangsung dalam 12 minggu.
- b) Trimester II berlangsung 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27)
- c) Trimester III berlangsung selama 13 minggu (minggu ke 28 hingga 40) (Prawirohardjo,2010;h.213).

Tabel 2.1 Jadwal kunjungan pada kehamilan

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester I	Sebelum minggu ke 14	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.</li> <li>2. Mendeteksi masalah dan menanganinya.</li> <li>3. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.</li> <li>4. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi</li> <li>5. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).</li> </ol>
Trimester II	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (Tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengenai proteinuria).
Trimester III	Antara 28-36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdomen untuk mengetahui apakah kehamilan ganda
Trimester III	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

Sumber : Saiffudin,2010;h N-2

### 3. Tanda dan gejala Kehamilan

#### a) Amenorea (tidak mendapatkan haid)

Seorang wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus dari Naegele

$$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$$

#### b) Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, biasanya terjadi pada pagi hari sehingga disebut mornig sickness. Apabila timbul mual dan

muntah berlebihan karena kehamilan disebut hyperemesis gravidarum.

c) Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama.

d) Pingsan

Jika berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat, seorang ibu hamil dapat pingsan.

e) Tidak ada selera makan ( anoreksia )

Hal ini berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.

f) Lelah (fatigue)

g) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar mentgomeri terlihat lebih membesar

h) Sering miksi, Karena kandung kemih tertekan oleh Rahim yang membesar. Gejala itu akan hilang pada triwulan kedua kehamilan dan akan timbul kembali pada akhir kehamilan karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

i) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot-otot menurun oleh pengaruh hormone steroid

j) Pigmentasi kulit terjadi karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta dijumpai di muka (cloasma gravidarum), aerola payudara, leher dan dinding perut ( linea nigra, grisea)

- k) Pemekaran vena-vena (varices) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vlva biasanya dijumpai pada triwulan akhir (Sofian,2011;h.35-37)

#### 4. Tanda-tanda kemungkinan Hamil :

- a) Perut membesar
- b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim
- c) Tanda Hegar  
Ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat pemeriksaan usia kehamilan 4-6 minggu.
- d) Tanda Chadwick  
Perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat diporsio vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
- e) Tanda Piskacek  
Pembesaran dan pelunakan Rahim ke salah satu sisi Rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.  
Kontraksi-kontraksi kevil uterus jika dirangsang ( Braxton Hicks)
- f) Teraba Ballotement
- g) Reaksi kehamilan positif.

#### 5. Tanda pasti kehamilan

- a) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasakan atau diraba , juga bagian-bagian janin.
- b) Denyut jantung janin  
(1) Didengar dengan stetoskop-monoaural Laennec

- (2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
  - (3) Dicatat dengan foto-elektrokardiogram
  - (4) Dilihat pada ultrasonografi
- c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

#### **6. Standar Minimal asuhan kehamilan**

Dalam melaksanakan pelayanan antenatal care ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau, tenaga kesehatan. Yang dikenal dengan 10T, pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Sulistiyawati,2011;h 121) :

1. Timbang berat badan dan ukuran tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Nilai status gizi (nilai lengan atas)
4. Pemeriksaan puncak Rahim (tinggi fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan diberikan imunisasi tetanus toksoid (TT)
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tata laksana kasus
10. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan, pencegahan, komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

#### **7. Peran Bidan pada kunjungan antenatal care**

Menurut Saifuddin, (2010;h.N-2) pada setiap kunjungan antenatal tersebut perlu didapatkan informasi yang penting yaitu :

1) Trimester Pertama

- a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan penanganannya
- c. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus toksoid, anemia, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- d. Mendorong perilaku yang sehat ( gizi, latihan dan kebersihan, istirahat)

2) Trimester Kedua

- a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- b. Mendeteksi masalah dan penanganannya.
- c. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus toksoid, anemia, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- d. Mendorong perilaku yang sehat ( gizi, latihan dan kebersihan, istirahat)
- e. Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia.

3) Trimester Ketiga

- a. Antara minggu 28-36
  - (1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
  - (2) Mendeteksi masalah dan penanganannya.
  - (3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus toksoid, anemia, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.

- (4) Mendorong perilaku yang sehat ( gizi, latihan dan kebersihan, istirahat)
- (5) Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia.
- (6) Palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

b. Sesudah minggu ke 36

- (1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- (2) Mendeteksi masalah dan penanganannya.
- (3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus toksoid, anemia, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- (4) Mendorong perilaku yang sehat ( gizi, latihan dan kebersihan, istirahat)
- (5) Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia.
- (6) Palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
- (7) Ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi yang memerlukan kelahiran di rumah sakit

## 8. Perubahan Fisiologi ibu hamil

### a) Saluran Reproduksi

Menurut Prawirohardjo (2010;h.175-178) perubahan pada saluran reproduksi adalah sebagai berikut :

#### 1) Uterus

Pada wanita tidak hamil uterus memiliki berat 70 g dan kapasitas 10 ml. Sementara pada kehamilan uterus akan berubah

menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion umumnya pada akhir kehamilan volume total mencapai 5 L bahkan dapat mencapai hingga 20 L dengan berat rata-rata 1100 g.

## 2) Serviks

Selama satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi karena penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema di seluruh serviks.

## 3) Ovarium

Pada saat terjadinya kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel-folikel baru ditunda. Umumnya hanya satu korpus luteum dapat ditemukan pada wanita hamil. Struktur ini akan berfungsi maksimal selama 6 hingga 7 minggu pertama kehamilan dan setelah itu akan berperan menghasilkan hormone progesterone dengan jumlah sedikit.

## 4) Vagina dan Perinium

Selama proses kehamilan terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia yang terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan tampak keunguan yang biasa disebut Chadwick.

## b) Payudara

Pada awal kehamilan wanita akan merasa payudaranya lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan terlihat jelas. Putting



payudara akan menonjol lebih besar dan kehitaman. Setelah bulan pertama juga akan terdapat cairan berwarna kuning yang disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi (Prawirohardjo,2010;h.179).

c) Kulit

Menurut Sofian (2011;h.31) pada kulit di daerah tertentu terjadi hiperpigmentasi yaitu :

- 1) Wajah : terdapat cloasma gravidarum.
- 2) Payudara : biasanya wanita hamil mengalami hiperpigmentasi pada puting susu dan aerolanya.
- 3) Perut : terdapat linea nigra atau striae gravidarum.
- 4) Vulva

d) Perubahan Metabolisme

- 1) Penambahan berat badan

Penambahan berat badan selama kehamilan biasanya disebabkan oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan rata-rata kehamilan adalah 12,5 kg ( Cuningham, et al. 2012;h.117)

- 2) Metabolisme Air

Pada kehamilan aterm, kandungan air di janin, plasenta dan cairan amnion mendekati 3,5 L. Sebanyak 3 L lainnya terakumulasi akibat meningkatnya volume darah ibu serta ukuran uterus dan payudara. Karena itu, jumlah minimal air tambahan pada kehamilan ialah 6,5 L (Cuningham, et al.2012;h. 117).

### 3) Metabolisme Protein

Hasil konsepsi, uterus dan darah ibu secara relatif mempunyai kadar protein yang lebih tinggi dibandingkan lemak dan karbohidrat (Prawirohardjo,2010;h.181).

### 4) Metabolisme Lemak

Konsentrasi lemak, lipoprotein dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat pada masa kehamilan. Lemak akan disimpan di bagian tengah/sentral yang kemudian akan digunakan sebagai nutrisi oleh janin sehingga cadangan lemak yang ibu miliki akan berkurang dan memerlukan tambahan lemak (Prawirohardjo,2010;h.181).

### 5) Metabolisme Karbohidrat

Selama kehamilan akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh karena adanya kenaikan kadar insulin (Prawirohardjo,2010;h.181).

### e) Perubahan sistem kardiovaskular

Pada minggu ke 5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini akan membuat resistensi vascular sistemik berkurang. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena cava inferior dan aorta bawah pada saat berada dalam posisi telentang. Penekanan aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal sehingga fungsi ginjal menurun dibandingkan dengan posisi miring. Oleh karena itu pada akhir kehamilan ibu hamil tidak dianjurkan dalam posisi telentang (Prawirohardjo,2010;h.182-183).

f) Perubahan sistem respirasi

Wanita hamil biasanya mengeluh sesak dan pendek nafas. Hal itu terjadi akibat dari usus yang tertekan ke arah diafragma karena pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama kehamilan. Wanita hamil selalu bernafas lebih dalam sehingga lebih menonjol pada pernapasan dada ( Sofian,2011;h.31).

g) Saluran Pernapasan

Pada trimester pertama umumnya wanita hamil mengeluh mual dan muntah, hal itu terjadi karena adanya peningkatan saliva. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga makanan akan lebih lama berada dalam saluran pencernaan. Resorpsi makanan baik namun akan terjadi obstipasi (Sofian,2011;h.31).

**9. Pemeriksaan kardiograf pada masa kehamilan**

Pada awalnya pemeriksaan kardiograf dikerjakan pada saat persalinan. Namun kemudian terbukti bahwa pemeriksaan kardiograf ini banyak manfaatnya pada masa kehamilan, khususnya pada kasus-kasus dengan factor resiko untuk terjadinya gangguan kesejahteraan janin (hipoksia) dalam rahim seperti :

- a. Hipertensi dalam kehamilan
- b. Kehamilan dengan diabetes mellitus
- c. kehamilan postterm
- d. pertumbuhan janin dalam Rahim terhambat
- e. Ketuban pecah premature (KPP)
- f. Gerakan janin berkurang

- g. kehamilan dengan anemia
- h. Kehamilan ganda
- i. Oligohidramnion
- j. Polihidramnion
- k. Riwayat Obstetrik buruk
- l. Kehamilan dengan penyakit ibu (Saifuddin;2010,231)

### **Non Stress Test (NST)**

Pemeriksaan NST dilakukan untuk menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan gerakan/aktivitas janin. Adapun penilaian NST dilakukan terhadap frekuensi dasar denyut jantung janin (*baseline*), variabilitas (*variability*) dan timbulnya akselerasi yang sesuai dengan gerakan/aktivitas janin (*Fetal activity determination /FAD*).

#### Interpretasi NST

- 1) Reaktif
  - a) terdapat paling sedikit 2 kali gerakan janin dalam waktu 20menit pemeriksaan yang disertai dengan adanya akselerasi paling sedikit 10-15 dpm.
  - b) Frekuensi dasar denyut jantung janin di luar gerakan janin antara 120-160.
  - c) variabilitas denyut jantung janin antara 6-25dpm.
- 2) Nonreaktif
  - a) Tidak didapatkan gerakan janinselama 20menit pemeriksaan atau tidak ditemukan adanya akselerasi pada setiap gerakan janin.
  - b) variabilitas denyut jantung janin mungkin masih normalatau berkurang sampai menghilang.

### 3) Meragukan

- a) Terdapat gerakan janin tetapi kurang dari 2 kali selama 20 menit pemeriksaan atau terdapat akselerasi yang kurang dari 10 dpm.
- b) Frekuensi denyut jantung janin normal.
- c) Variabilitas denyut jantung janin normal.

pada hasil yang meragukan, pemeriksaan hendaknya diulangi dalam waktu 24 jam atau dilanjutkan dengan pemeriksaan *Contraction Stress Test* (CST).

### 4) Hasil pemeriksaan NST disebut abnormal (baik reaktif maupun nonreaktif) apabila ditemukan :

- a) Bradikardi
- b) Deselerasi 40 dpm atau lebih dibawah frekuensi dasar (*baseline*) atau denyut jantung janin mencapai 90 dpm, yang lamanya 60 detik atau lebih.

Pada keadaan ini sebaiknya dilakukan terminasi kehamilan bila janin sudah viable atau pemeriksaan ulang setiap 12-24 jam bila janin belum viable (Saifuddin;2010,h.232)

### **Contraction Stress Test (CST)**

Pemeriksaan CST dimaksudkan untuk menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan kontraksi uterus. CST biasanya dilakukan untuk memantau kesejahteraan janin saat proses persalinan terjadi, seperti halnya NST, pada pemeriksaan CST juga dilakukan penilaian terhadap frekuensi dasar denyut jantung janin, variabilitas denyut jantung janin, dan perubahan periodik (akselerasi ataupun deselerasi) dalam kaitannya kontraksi uterus.

## Interpretasi CST

### 1) Negatif

- a) frekuensi dasar denyut jantung janin normal.
- b) Variabilitas denyut jantung janin normal.
- c) Tidak didapatkan adanya deselerasi lambat.
- d) Mungkin ditemukan akselerasi atau deselerasi dini.

### 2) Positif

- a) Terdapat deselerasi lambat yang berulang pada sedikitnya 50 % dari jumlah kontraksi.
- b) Terdapat deselerasi lambat yang berulang, meskipun kontraksi tidak adekuat.
- c) Variabilitas denyut jantung janin berkurang atau menghilang.

### 3) Mencurigakan

- a) terdapat deselerasi lambat yang kurang dari 50 % dari jumlah kontraksi.
- b) Tidak terdapat variabel.
- c) Frekuensi dasar denyut jantung janin abnormal

Bila hasil CST mencurigakan, pemeriksaan harus diulangi dalam 24 jam

### 4) Tidak memuaskan

- a) Hasil rekaman tidak representative, misalnya oleh karena ibugemuk, gelisah atau gerakan jnin berlebihan.
- b) Tidak terjadi kontraksi uterus yang adekuat.

Dalam keadaan ini pemeriksaan harus diulangi dalam 24 jam.

## 5) Hiperstimulasi

- a) Kontraksi uterus lebih dari 5 kali dalam 10 menit.
- b) Kontraksi uterus lamanya lebih dari 90 detik (tetania uteri).
- c) sering kali terjadi deselerasi lambat atau bradikardi.

Dalam keadaan ini, harus waspada kemungkinan terjadinya hipoksia janin lanjut sehingga bukan tidak mungkin terjadi asfiksia janin.

## Kontraindikasi CST

## 1) Absolut

- a) adanya resiko rupture uteri, misalnya pada bekas seksio sesaria atau miomektomi.
- b) perdarahan antepartum
- c) tali pusat terkemuka

## 2) Relatif

- a) ketuban pecah premature
- b) kehamilan kurang bulan
- c) kehamilan ganda
- d) inkompetensi serviks
- e) disproporsi sefalo-pelvik (Saifuddin;2010,h.233)

**10. Ketidaknyamanan pada kehamilan**

Menurut varney (2006;h.536) ketidaknyamanan umum selama kehamilan adalah sebagai berikut :

## a. Nausea

Sering diartikan keliru sebagai morning sickness, tetapi paling sering terjadi pada siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari.

b. Ptiialisme (Salivasi Berlebihan)

Ptiialisme merupakan kondisi yang tidak lazim, yang dapat disebabkan oleh peningkatan keasaman didalam mulut atau peningkatan zat pati yang menstimulasi kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami sekresi berlebihan.

c. Keletihan

Salah satu dugaan adalah bahwa keletihan diakibatkan oleh penurunan drastic laju metabolisme dasar pada awal kehamilan, tetapi alasan ini masih belum jelas.

d. Nyeri punggung bagian atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan payudara yang membuat payudara menjadi lebih berat.

e. Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam meskipun basil ini berfungsi untuk melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya vaginitis.

f. Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan berat pada fundus uterus ini membuat isthmus menjadi lunak (tanda hegar) menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menyebabkan tekanan langsung pada kandung kemih.



g. Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati timbul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga adalah kata lain untuk regurgitasi atau refluksi isi lambung yang asam menuju esophagus bagian bawah akibat peristaltis balikan.

h. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormone progesterone.

i. Hemoroid

Hemoroid sering didahului dengan konstipasi, oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

j. Kram tungkai

Kram kaki disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh.

k. Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat sirkulasi vena pada ekstremitas bagian bawah.

l. Varises

Varises dapat disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

m. Dyspareunia

Nyeri saat berhubungan seksual selama kehamilan.

n. Insomnia

Insomnia disebabkan karena kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut acara untuk keesokan hari.

o. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiringnya bertambah usia kehamilan karena diakibatkan oleh pergeseran pusat gravitasi tersebut dan postur tubuhnya.

p. Sesak napas

Sesak napas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester ke-3. Selama periode ini uterus membesar hingga terjadi penekanan diafragma.

q. Kesemutan

Pertumbuhan pada pusat gravitasi akibat uterus membesar dan bertambah berat dapat menyebabkan wanita dengan mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepala antefleksi sebagai upaya menyeimbangkan bert bagian depannya dan lengkung punggungnya.

r. Sindrom hipotensi terlentang

Sindrom ini menyebabkan wanita merasa seperti ingin pingsan dan ia menjadi tidak sadarkan diri bila masalah tidak teratasi.

## 11. Perdarahan pada kehamilan muda

Menurut Prawirohardjo (2010;h.459) Salah satu komplikasi yang terbanyak pada kehamilan ialah perdarahan . Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan keadian abortus. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan

yang lebih tua terutama setelah melewati trimester III disebut perdarahan antepartum.

Macam-macam abortus menurut Prawirohardjo (2010;h.467-)

a) Abortus Imminens

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kadungan.

b) Abortus Insipien

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks dan umur kehamilan.

c) Abortus Komplet

Merupakan pengeluaran seluruh hasil konsepsi dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit.

d) Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit ialah keluarnya sebagian dari hasil konsepsi dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum.

e) Missed abortus

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan. Biasanya tidak ada gejala apapun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan diatas 14 minggu sampai 20 minggu penderita justru merasakan rahimnya semakin mengecil dengan tanda-tanda kehamilan sekunder pada payudara mulai menghilang.

f) Abortus habitualis

Abortus habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih beturut-turut. Salah satu penyebab yang sering dijumpai ialah inkompetensia serviks yaitu keadaan dimana serviks uterus tidak dapat menerima beban untuk tetap bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka (inkompeten) tanpa disertai rasa mules/kontraksi Rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran janin. Diagnosis inkompetensia serviks tidak sulit dengan anamnesis yang cermat. Dengan pemeriksaan dalam/inspekulo dapat menilai diameter kanalis servikalis dan didapati selaput ketuban yang mulai menonjol pada saat mulai memasuki trimester kedua. Diameter ini melebihi 8 mm.

g) Abortus infeksius/ Abortus septik

Aborus infeksius ialah abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia. Abortus septic ialah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh.

Tabel 2.2. Diagnosis perdarahan pada kehamilan muda

Perdarahan	Serviks	Uterus	Gejala/tanda	Diagnosis
Bercak hingga sedang	Tertutup	Sesuai dengan usia gestasi Sedikit membesar dari normal	Kram perut bawah Uterus lunak Limbung atau pingsan Nyeri perut bawah Nyeri goyang porsio Massa adneksa Cairan bebas abdomen	Abortus iminens  Kehamilan ektopik terganggu
	Tertutup/terbuka	Lebih kecil dari usia gestasi	Sedikit/tanpa nyeri perut bawah Riwayat ekspulsi hasil konsepsi	Abortus komplit
Sedang hingga massif/banyak	Terbuka	Sesuai usia kehamilan	Kram/nyeri perut bawah  Belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi. Kram/ nyeri perut bawah Ekspulsi sebagian hasil konsepsi	Abortus insipiens  Abortus inkomplit
	Terbuka	Lunak dan lebih besar dari usia kehamilan	Mual/muntah Kram perut bawah Sinroma mirip preeklamsi Tak ada janin, keluar jaringan seperti anggur	Abortus mola

Sumber : Saifuddin,2010;h.M-10.

## 12. Perdarahan pada Kehamilan lanjut

Menurut Prawirohardjo (2010;h.495)

### a) Plasenta Previa

Merupakan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Dengan bertambah besarnya uterus dan meluasnya segmen bawah uterus ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah uterus ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah uterus salah plasenta tersebut bermigrasi. Plasenta previa dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu :

- 1) Plasenta previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.

2) Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutup sebagian ostium uteri internum.

3) Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya.

c) Rupture uteri

Rupture uteri ialah keadaan robekan pada uterus dimana telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dan rongga peritoneum.

## B. PERSALINAN

### 1. Definisi

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari Rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Sofian,2011;h.69)

### 2. Macam-macam persalinan

Berikut ini adalah macam-macam persalinan menurut (Sofian, 2011;h.69) yang terbagi oleh 2 macam yaitu :

a. Partus normal/Spontan

Proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri , tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kira-kira kurang dari 24 jam.

b. Partus abnormal

Persalinan pervaginam yang dilakukan dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesarea.

**3. Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan**

Sebab-sebab terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, hanya terdapat teori-teori yang kompleks. Teori yang dikemukakan antara lain factor-faktor humoral, struktur Rahim, sirkulasi Rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Sofian,2011;h.69-70)

a) Teori Penurunan hormon

1-2 minggu sebelum bersalin mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penegang otot-otot polos Rahim. Karena itu akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesterone turun.

b) Teori Plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrgen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi.

c) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot Rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplacenta

d) Teori iritasi mekanik

Pada belakang servik terletak ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

e) Induksi partus (induction of labour)



Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- 1) Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukan ke dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser
- 2) Amnioomi: pemecahan ketuban
- 3) Tetesan oksitosin : pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

#### 4. Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadi persalinan yang sesungguhnya, pada beberapa minggu terakhir terdapat tanda-tanda sebagai berikut :

- a) *Lightening* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara hal ini tidak begitu jelas.
- b) Perut terlihat melebar, fundu uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagaian terendah janin.
- d) Perasaan nyeri diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi namun masih lemah.
- e) Serviks menjadi lembek dan muali mendatar dan sekresinya bertamah, dapat juga bercampur darah (*bloody show*) (Sofian,2011;h.70).

#### 5. Tanda-tanda persalinan

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang kuat, sering dan teratur.
- b) Keluar lender bercampur darah
- c) Pecahnya selaput ketuban.



## 6. Tahapan persalinan

Menurut Sofian (2011;h.71-73) Proses persalinan terdiri dari 4 kala yaitu

### a) Kala I

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap. Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Kala Pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu :

#### (1) Fase Laten

Merupakan pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.

#### (2) Fase Aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas subfase :

##### (a) periode akselerasi

berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

##### (b) periode dilatasi maksimal

berlangsung selama 2 jam. pembukaan cepat menjadi 9 cm.

##### (c) periode deselerasi

berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010, hal. 75) asuhan-asuhan kebidanan pada kala I yaitu:

- (a) Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- (b) Pemantauan terus-menerus vital sign.
- (c) Pemantauan terus menerus terhadap keadaan bayi.
- (d) Pemberian hidrasi bagi pasien.
- (e) Menganjurkan dan membantu pasien dalam upaya perubahan posisi dan ambulansi.
- (f) Mengupayakan tindakan yang membuat pasien nyaman.
- (g) Memfasilitasi dukungan keluarga.

b) Kala II

Kala II yaitu Kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mendedan mendorong janin hingga lahir. Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 3 menit sekali. kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadi penekanan otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mendedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. dengan his dan mendedan yang terpimpin akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam.

Menurut Rohani dkk (2011, hlm. 150) asuhan kala II persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab bidan pada waktu pelaksanaan asuhan kala I persalinan, yaitu sebagai berikut:

- (a) Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu.
  - (b) Evaluasi kontinu kesejahteraan janin.
  - (c) Evaluasi kontinu kemajuan persalinan.
  - (d) Perawatan tubuh wanita.
  - (e) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekatnya beserta keluarga.
  - (f) Persiapan persalinan.
  - (g) Penatalaksanaan kelahiran.
  - (h) Pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II persalinan.
- c) Kala III

Kala III ialah waktu untuk \*pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah bayi lahir, kontraksi Rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi baru lahir, Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Asuhan kala III persalinan adalah sebagai berikut:

- (a) Memberikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya.
- (b) Lakukan manajemen aktif kala III.
- (c) Pantau kontraksi uterus.
- (d) Berikan dukungan mental pada pasien.
- (e) Berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendamping agar proses kelahiran plasenta lancar.
- (f) Jaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum).

d) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap Perdarahan. Menurut Rohani dkk (2011, hlm. 234) secara umum asuhan kala IV persalinan adalah:

- (a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- (b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.
- (c) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- (d) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- (e) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.

- (f) Biarkan bayi didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- (g) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI.
- (h) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan.
- (i) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi ostpartum.

## 7. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan menurut (Hidayat&Sujatini, 2010;h.23-31) adalah Engagement, descent, flexion, internal rotation, ekstension, eksternal rotation, dan ekspulsi.

### a) Engagement

Merupakan mulainya kepala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) pada saat persalinan atau pada akhir kehamilan, umumnya dengan presentasi biparietal.

#### **Syinclintism and asyinclintism**

Masuknya kepala pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan, pada multi terjadi pada permulaan persalinan.

**Syinclintism** adalah kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan PAP.

**Asyinclintism** adalah kepala masuk PAP dengan sumbu miring atau membentuk sudut dengan PAP.

### b) Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke rongga panggul akibat tekanan his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diaphragm (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

**c) Flexion**

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/sepurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul yang dapat membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

**d) Internal Rotation**

Rotasi interna ( putaran paksi dalam ) : biasanya disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan ( ke bawah simfisis pubis) membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Bila tidak terjadi putar paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

**e) Extention**

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat maka kepala semakin turun sehingga menyebabkan perineum distensi. Saat puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan ini kontraksi

perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi kemudian melewati introitus vaginae.

**f) Eksternal Rotation**

Setelah seluruh kepala lahir terjadi putaran kepala ke posisi saat engagement. Oleh karena itu bahu depan dan belakang dilahirkan terlebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- (1) Setelah kepala lahir maka kepala memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- (2) Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak (putaran paksi luar yang sebenarnya).
- (3) Putaran paksi luar disebabkan oleh ukuran bahu yang menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP.
- (4) Setelah putaran paksi luar maka bahu depan di bawah simfisis menjadi pusat pemutaran kelahiran bahu belakang.
- (5) Bahu depan menyusul lahir kemudian diikuti dengan seluruh badan bayi.

**g) Ekspulsi**

Setelah putaran paksi luar terjadi maka bahu depan berada di bawah simfisis sehingga menjadi pusat pemutaran kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan bayi mulai dari toraks, abdomen dan lengan, panggul/trokanter depan dan belakang, tungkai kemudian kaki.

## 8. Asuhan Persalinan Normal

Menurut Prawiroharjo (2010; h.341-347) terdapat 60 langkah asuhan persalinan normal diantaranya yaitu:

Melihat tanda dan gejala kala II

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II

- (1) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- (2) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya.
- (3) Perinium menonjol.
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan pelengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan tabung suntik steril satu kali pakai di dalam partus set.
- 3) Menggunakan celemek plastic yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih/tissue satu kali pakai.
- 5) Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Menghisap oksitosin 10 IU ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril ) dan meletakkan kembali di partus set.

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik



- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi ( meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di larutan dekontaminasi ).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban pecah sedangkan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi saung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merndamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan seperti langkah di atas.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
  - (1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - (2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian seta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk membantu pross pimpinan meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

(1) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

(2) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

(1) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(2) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

(3) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya ( tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).

(4) Menganjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi.

(5) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

(6) Menganjurkan asupan cairan per oral.

- (7) Menilai DJJ setiap 5 menit.
- (8) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- (9) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- (10) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

#### Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawa bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

#### Menolong Kelahiran Bayi

##### Lahirnya kepala :

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi sepertiga kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, mebiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan)

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

(1) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(2) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengeklemnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu:

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempat kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi (biparietal). Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir, memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

#### Penanganan Bayi Baru Lahir (BBL)

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dan tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara IM (intra muscular)

27) Menjepit tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi dan melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem pertama kemudian di arahkan ke ibu dan dipasang klem yang kedua dengan jarak 2cm dari klem pertama.

28) Memegang tali pusat dengan satu tangan dan melindungi bayi dari gunting kemudian tali pusat di potong di antara klem tersebut.

29) Mengerinngkan bayi, mengganti kain yang basah dengan kain yang kering kemudian menyelimuti bayi, menutup kepala dan membiarkan tali pusat tetap terbuka. Jika pernapasan bayi terganggu maka lakukan tindakan yang sesuai.

- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dengan cara memeluknya dan segera untuk memberikan ASI.

#### Oksitosin

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 IU secara IM di gluteus atau 1/3 paha kanan ibu bagian luar, diaspirasi terlebih dahulu dalam penyuntikannya.

#### Penanganan Tali Pusat Terkendali (PTT)

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas perut ibu, tepatnya di atas tulang pubis lalu melakukan palpasi kontraksi. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi lalu melakukan penegangan tali pusat ke arah bawah. Lakukan tekanan yang berlawanan arah dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) untuk mencegah terjadinya inversio uterus. Jika dalam 30-40 plasenta tidak lahir maka hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga ada kontraksi.
- Jika uterus tidak berkontraksi maka meminta keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

### Mengeluarkan plasenta

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran dan melakukan tarikan pada tali pusat ke arah bawah dan ke arah atas sambil melakukan dorso kranial.

(1) Jika plasenta bertambah panjang maka pindahkan klem 5-10 cm dari vulva.

(2) Jika dalam 15 menit dilakukan penegangan tali pusat namun plasenta tidak lahir maka lakukan :

(a) Memberikan oksitosin yang kedua secara IM di 1/3 paha.

(b) Cek kandung kemih, jika penuh lakukan kateterisasi.

(c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(d) Melakukan penegangan tali pusat terkendali selama 15 menit.

(e) Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir maka segera rujuk ibu.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, maka pegang dengan kedua tangan dan di pilin dengan hati-hati agar tidak ada yang tertinggal, lahirkan dengan hati-hati.

Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem desinfeksi tingkat tinggi untuk melepaskan bagian yang tertinggal

### Pemijatan Uterus

39) Segera setelah plasenta lahir, meletakkan satu tangan di fundus ibu kemudian lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus terasa keras.



### Menilai Perdarahan

40) Memeriksa kedua sisi plasenta yaitu sisi maternal dan sisi fetal untuk memastikan tidak ada robekan dan lengkap. Meletakkan plasenta di tempat khusus.

Jika uterus tidak berkontraksi setelah dilakukan masase selama 15 detik maka lakukan tindakan yang sesuai untuk membuat uterus dapat berkontraksi dengan baik.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina atau perineum jika ada maka lakukan penjahitan.

### Melakukan Prosedur Pascapersalinan

42) Menilai kembali uterus untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik.

43) Mencelupkan sarung tangan pada larutan klorin 0,5% dan mencuci tangan masih dengan sarung tangan tersebut di air desinfeksi tingkat tinggi kemudian keringkan dengan kain yang bersih.

44) Menempatkan klem tali pusat dan mengikatkan dengan simpul mati pada sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45) Mengikat satu simpul kembali pada pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.

46) Meletakkan klem pada larutan klorin 0,5%.

47) Menjaga kehangatan bayinya dengan menyelimuti bayi dan menutupi kepalanya menggunakan kain yang bersih dan kering.

48) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya.



49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:

- (1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
- (2) Setiap 15 menit pada jam pertama pascapersalinan.
- (3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- (4) Jika uterus tidak berkontraksi lakukan tindakan yang sesuai.
- (5) Jika ditemukan adanya laserasi yang belum di jahit maka lakukan penjahitan dengan memberikan anastesi local.

50) Mengajarkan ibu/keluarga untuk melakukan masase uterus agar uterus berkontraksi dengan baik.

51) Mengevaluasi kehilangan darah.

52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan kandung kemih setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada satu jam kedua pascapersalinan.

- (1) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pascapersalinan.
- (2) Melakukan tindakan yang sesuai jika ditemukan hal-hal yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan kloris 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Setelah dekontaminasi lakukan pencucian dan pembilasan alat tersebut.

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah medis atau yang sesuai.

55) Memberihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu menggunakan pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman menggunakannya. Membantu ibu memberikan ASI kepada bayinya kemudian menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkannya.

57) Mendekontaminasikan tempat yang digunakan untuk proses melahirkan kemudian membilas dengan air bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% secara terbalik.

59) Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir.

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf.

### 9. Perdarahan dalam kala III

Biasanya setelah janin lahir, beberapa menit kemudian mulailah proses pelepasan plasenta disertai sedikit perdsarahan. Bila plasenta sudah lepas dan turun ke bagian bawah Rahim, maka uterus akan berkontraksi (his pengeluaran plasenta) untuk mengeluarkan plasenta.

#### Retensio Plasenta

Adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu satu jam setelah bayi lahir. Sebab-sebabnya adalah:

- 1) Plasenta belum terlepas dari dinding Rahim karena tumbuh melekat lebih dalam, yang menurut tingkat pelekatannya dibagi menjadi :
  - a) plasenta Adhesiva, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam

- b) Plasenta Inkreta, di mana vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus residua sampai ke myometrium
- c) Plasenta akreta, yang menembus lebih dalam ke dalam myometrium tetapi belum menembus serosa
- d) Plasenta perkreta, yang menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

2) Plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran konstriksi pada bagian bawah Rahim akibat kesalahan penanganan kala III, yang akan menghalangi plasenta keluar (*plasenta inkarserata*).

Penanganan Retensio plasenta :

Apabila plasenta belum lahir dalam setengah sampai satu jam setelah bayi lahir, apabila terjadi perdarahan, maka harus segera dikeluarkan.

Tindakan yang dapat dikerjakan adalah:

- 1) Keluarkan plasenta dengan tangan (manual plasenta).
- 2) Pasang infus cairan dekstrosa 5%, ibu dalam posisi litotomi, dengan narkosa dan segala sesuatunya dalam keadaan suci hama.

Teknik: tangan kiri diletakkan di fundus uteri, tangan kanan dimasukkan dalam rongga Rahim dengan menyusuri tali pusat sebagai penuntun. Tepi plasenta dilepas- disisihkan dengan tepi jari-jari tangan- bila sudah lepas ditarik keluar. Lakukan eksplorasi apakah ada luka-luka atau sisa-sisa plasenta dan bersihkanlah. Manual plasenta berbahaya karena dapat terjadi robekan jalan lahir (uterus) dan membawa infeksi.

- 3) Bila perdarahan banyak, berikan tranfusi darah.
- 4) Berikan juga obat-obatan seperti uterotonika dan antibiotika.

#### 10. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 cc dalam masa 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian yaitu :

- a) Perdarahan postpartum primer yang terjadi dalam 24 jam setelah bayi lahir.
- b) Perdarahan postpartum sekunder ialah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke 5 sampai 15 postpartum.

#### Atonia Uteri

Definisi : Atonia uteri adalah keadaan lemahnya kontraksi Rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

#### Etiologi Atonia uteri

Faktor predisposisi terjadinya atonia uteri adalah:

- a) Umur: umur yang terlalu muda atau tua.
- b) Paritas: sering dijumpai pada multipara dan grandemultipara.
- c) Partus lama
- d) Uterus terlalu regang dan besar, misalnya pada gemeli, hidramnion, atau janin besar.
- e) Kelainan pada uterus, seperti mioma uteri, uterus couvalair pada solusio plasenta.
- f) Faktor sosio ekonomi, yaitu malnutrisi.

Penanganan pada perdarahan atonia uteri :

1. Perdarahan tidak terlalu banyak dapat diatasi dengan menggunakan cara pemberian uterotonika dan masase uterus.
2. Jika perdarahan belum juga berhenti maka melakukan kompresi bimanual.
3. jika kompresi bimanual telah dilakukan dan perdarahan bertambah banyak sementara kontraksi uterus lembek maka segera pasang infus dan transfusi darah ( Sofian, 2011;h.207-208)

#### 11. Ketuban Pecah Dini

##### a. Pengertian

- 1) Ketuban pecah dini adalah keadaan dimana selaput ketuban pecah sebelum berlangsungnya persalinan (Saifuddin,2010;h.677).
- 2) Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban yang dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum 37 minggu dan kehamilan aterm (Saifuddin,2010;h.M-112)

##### b. Penyebab

Menurut Sofian (2011;h.177) penyebab dari *premature rupture of the membrane* (PROM) tidak atausasih belum diketahui dengan jelas, maka preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan terjadinya infeksi.

##### c. Komplikasi

Komplikasi yang timbulakibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamialan. Dapat terjadi infeksi maternal dan neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat,

meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal ( Saifuddin,2010;h.678).

d. Penatalaksanaan

Menurut teori Saifuddin (2010;h.679) Penatalaksanaan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- 1) Pastikan diagnosis
- 2) Tentukan umur kehamilan
- 3) Evaluasi ada tidaknya infeksi yang terjadi pada ibu dan janinnya
- 4) Tentukan apakah terjadi dalam inpartu, apakah terjadi kegawatan pada janin.

Menurut teori Sofian (2010;h.178) cara menentukan diagnosis ketuban pecah dini sebagaiberikut :

- 1) Melakukan pemeriksaan inspekulo dengan melihat apakah memang air ketuban yang keluar dari kanalis servikalis dan apakah ada bagian yang sdah pecah
- 2) Lakukan Tes lakmus, bila kertas lakmus menjadi biru menandakan bahwa itu air ketuban namun jika tetap berwarna merah itu berarti air kemih atau urine.

e. Penanganan

Menurut teori Saifuddin (2010;h.680) penanganan ketuban pecah dini dibagi menjadi dua yaitu konservatif dan aktif.

## 1) Konservatif

- a) Rawat dirumah sakit
- b) Berikan antibiotic ampicillin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampicillin dan metronidazole 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d) Jika usia kehamilan 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative berikan dexametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi kehamilan 37 minggu.
- e) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), Dexametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi ( suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).
- g) Pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomyelin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason 1 IM 5 mgsetiap 6 jam sebanyak 4 kali.

## 2) Aktif

- a) Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin bila gagal seksio sesaria

- b) Dapat pula diberikan misoprostol 25 -50 mcg intravagina tiap 6 jam, maksimal 4 kali.
- c) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri.
- d) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik , kemudian induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
- e) Bila skor pelvik >5, lakukan induksi persalinan.

## 12. Induksi Persalinan

### a. Pengertian

Menurut Sofian (2011;h.40) Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulandengan jalan merangsang timbulnya his.

### b. Nilai Pelvis

Sebelum melakukan induksi hendaknya lakukan terlebih dahulu pemeriksaan dalam guna memberikan kesan tentang keadaan serviks, bagian terendah janin dan panggul. Hasil pemeriksaan dicatat dan disimpulkan dalam suatu table nilai pelvis.

kemudian ikut ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

- 1) Apabila skor pelvik di atas 5 pertama-tama lakukan amniotomi. Jika 4jam kemudian terjadi kemajuan persalinan, berikan infus tetes oksitosin.
- 2) Apabila skor di bawah 5, ketuban dibiarkan intak, berikan infus tetes oksitosin. Setelah beberapa berjalan nilai pelvis dan evaluasi kembali.



Tabel 2.3 Nilai pelvis (pelvis score)

Skor	0	1	2
1. pendataran serviks	Tubuler panjang	Panjang 1cm	<1cm
2. pembukaan serviks	Tertutup	1cm	2cm
3. Konsistensi serviks	Keras	Mulai lunak	Lunak
4. arah mulut serviks	Sakral	Aksial	Anterior
5. Turunnya bagian bawah janinterhadap spina ischiadika atau menurut bidang Hodge	Di atas -2cm atau hodge II	-1 sampai -2 cm hoodge II+	-1cm nol hodge III
Jumlah nilai			

Sumber : Sofian. 2011;h.40.

c. Indikasi

- 1) penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsi dan eklamsi
- 2) Postmaturitas
- 3) Ketuban pecah dini
- 4) Kematianjanin dalam kandungan
- 5) Diabetes Melitus, pada kehamilan 37 minggu
- 6) Antagonisme RHSUS
- 7) penyakit ginjal berat
- 8) Hidramnion yang besar (berat)
- 9) cacat bawaan seperti anancephalus
- 10) Keadaan gawat janin atau gangguan pertumbuhan janin
- 11) primigravida tua
- 12) Perdarahan antepartum
- 13) indikasi non medis, non social dan ekonomi dsb.

d. Kontraindikasi

- 1) Disproporsi cephalopelvik
- 2) ibu menderita penyakit jantung berat

- 3) hati-hati pada bekas operasi atau uterus yang cacat, seperti pada bekas seksio sesarea, miomektomi yang luas dan ekstensif

e. Cara induksi Persalinan

Induksi partus dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu :

1) cara kimiawi ( Chemical)

Yaitu dengan memberikan obat-obatan yang merangsang timbulnya his seperti oksitosin drips.

- a) Oksitosin drips adalah kemasannya yang dipakai adalah pitosin, sintosinon. pemberiannya dapat dengan cara suntikan intramuscular, intravena, infus tetes dan secara bukal. yang paling baik dan aman adalah pemberian infus drips karena dapat diatur dan diawasi efek kerjanya. Caranya :

- (1) Kandung kemih dan rectum terlebih dahulu dikosongkan
- (2) Masukkan 5 satuan oksitosin ke dalam 500 cc deklor 5 % atau NaCl 0,9 % dan diberikan per infus dengan kecepatan pertama 10 tetes per menit.
- (3) Kecepatan dapat dinaikan 5 tetes setiap 15 menit sampai tetes maksimal 4-60 tetes per menit.
- (4) Oksitosin drips akan lebih berhasil jika nilai pelvis di atas 5 dan dilakukan amniotomi.

- b) Injeksi larutan hipertonik intraamnion

Hal ini telah dibicarakan pada abortus buatan.

- c) Pemberian prostaglandin

Hal ini juga telah dibicarakan pada abortus buatan.

## 2) Cara mekanis

a) melepaskan selaput ketuban ( stripping of the membrane ) dengan jari yang dapat masuk ke dalam kanalis servikalis, selaput ketuban yang melekat dilepaskan dari dinding uterus disekitar ostium uteri internum. cara ini akan lebih berhasil jika serviks sudah terbuka dan kepala sudah turun. Dianggap bahwa bersamaan dengan turunnya kepala dan lepasnya selaput ketuban, selaput ini akan lebih menonjol sehingga akan menekan fleksus fankenhauser yang akan merangsang timbulnya his dan terbukanya servik.

b) Memecahkan ketuban ( amniotomi ) hendaknya ketuban baru dipecahkan jika memenuhi syarat sebagai berikut :

(1) serviks sudah matang/ skor pelvis di atas 5

(2) Pembukaan kira-kira 4-5 cm

(3) kepala sudah memasuki pintuatas panggul. biasanya setelah 1-2 jam pemecahan ketuban, diharapkan his akan timbul dan akan menjadi lebih kuat. cara amniotomi adalah sebagai berikut lakukan dulu stripping selaput ketuban, lalu pecahkan ketuban dengan memakai stengah kocher atau alat khusus pemecah ketuban, kepala janin didorong masuk pintu atas panggul.

c) Dilatasi serviks uteri dapat dikerjakan dengan memakai gagang laminaria/ dilatator (busi) hegar.

d) Accouchement Force

(1) Kalau bagian terbawah janin adalah kaki, kakitersebut diikat dengan kain kasa steril yang melalui katrol diberi beban seperti padaversi Braxton Hicks

(2) Jika bagian terbawah janin adalah kepala, kulit kepala dijepit dengan cunam muzeuk yang kemudian diikat dengan kain kasa dan melalui katrol diberi beban seperti pada wilt-gauz.

3) cara kombinasi mekanis dan kimiawi

Cara ini memakai kombinasi antara cara kimiawi diikuti dengan cara mekanis, misalnya amniotomi dengan pemberian oksitosin drips atau pemecahan ketuban dengan pemberian prostaglandin per oral, dsb.

Pada umumnya cara kombinasi memiliki angka keberhasilan yang lebih tinggi. kalau induksi partus gagal sedangkan ketuban sudah pecah dan pembukaan serviks tidak memenuhi syarat untuk pertolongan operatif pervaginam, satu-satunya jalan adalah mengakhiri kehamilan dengan seksio sesarea.

f. Komplikasi

1) Terhadap ibu

- a) kegagalan induksi
- b) kelelahan ibu dan krisis emosional
- c) inersia uteri dan partus lama
- d) tetani uteri yang dapat menyebabkan solusio plasenta, ruptur uteri dan laserasi jalan lahir lainnya
- e) Infeksi intrauterine

- 2) Terhadap janin
  - a) trauma pada janin oleh tindakan
  - b) prolapsus tali pusat
  - c) infeksi intrapartum pada janin

## **C. MASA NIFAS**

### **1. Pengertian**

- a) Masa Nifas (Puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampau alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Sofian,2011; h.87).
- b) Masa nifas adalah suatu periode dalam beberapa minggu pertama setelah persalinan (Cunningham, at al.2012;h.674).
- c) Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah plasenta lahir sampai dengan 6 minggu (42 hari).

### **2. Perubahan alat-alat reproduksi**

- a) Vagina dan Ostium vagina

Pada awal masa nifas, vagina dan ostium vagina membentuk saluran yang ber dinding halus dan lebar dan ukurannya akan mengecil kembali ke ukuran saat belum hamil.

- b) Involusi Uterus

Segera setelah plasenta lahir, fundus uteri yang berkontraksi akan berada di bawah umbilikus. Pada minggu pertama berat uterus sekitar 500 g. Pada minggu kedua berat uterus sekitar 300 g. Sekitar 4 minggu setelah persalinan uterus akan kembali seperti semula dengan berat 100 g atau kurang.

Tabel 2.4. Perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi Uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Nugroho, dkk.2014;h.95.

c) Involusi bekas implantasi plasenta

Segera setelah plasenta lahir, tempat perlekatan plasenta kira-kira seukuran telapak tangan, namun kemudian mengecil dengan cepat.

Dalam waktu satu jam setelah plasenta lahir, tempat perlekatan plasenta umumnya terdiri dari banyak pembuluh yang mengalami thrombosis dan akhirnya terjadi organisasi. Pada akhir minggu kedua ukuran diameter sekitar 3-4 cm.

d) Lochea

1) Lochea rubra

Merupakan lochea yang berlangsung selama 2 hari pascapersalinan yang berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanigo dan meconium

2) Lochea Sanguinolenta

Lochea yang berlangsung dari hari ke 3-7 pasca persalinan, berisi darah dan lendir berwarna merah dan kuning.

3) Lochea Serosa

lochea yang berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, berlangsung pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

4) Lochea Alba

lochea yang berlangsung setelah 2 minggu pasca persalinan berisi cairan putih.

5) Lochea Purulenta

merupakan lochea yang terjadi infeksi sehingga keluar cairan seperti nanah yang berbau busuk.

**3. Adaptasi Psikologi masa nifas**

Fase-fase yang akan di alami oleh ibu nifas antara lain adalah

a) Fase Taking In

Fase ini merupakan fase ketergantungan, dan berlangsung dari hari pertama hingga hari ke dua setelah persalinan. Ibu nifas terfokus pada diri sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan sekitarnya. Hal yang perlu diperhatikan adalah dengan memenuhi kebutuhan akan istirahat, komunikasi yang baik dan menjaga asupan nutrisi.

Gangguan yang dapat terjadi pada fase ini ialah

- (1) Kekecewaan pada bayinya
- (2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang terjadi,
- (3) Rasa bersalah karena belum dapat menyusui bayinya.
- (4) Kritikan keluarga atau suami terhadap cara ia merawat bayinya.

b) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah persalinan. Ibu merasa khawatir tidak mampu merawat bayinya Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Tugas bidan adalah mengajarkan cara merawat byinya dengan baik, cara menyusui, cara perawatan luka bekas episiotomy.

c) Fase Letting go

Dalam fase ini ibu sudah mampu menerima tanggungjawabnya akan peran baru yang dimilikinya. Ibu telah dapat menyesuaikan dirinya dengan ketergantungan bayinya (Nugroho, 2014;h.115-116).

**4. Periode masa nifas**

Nifas dibagi menjad 3 periode yaitu :

a) Puerpurium dini

Kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telh bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b) Puerpurium intermediet

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

c) Puerpurium lanjut

Waktu yang diperlukan untuk kembali sehat sempurna, terutama jika ssaat hamilatau sewaktu peralinan timbul komplikasi. Waktu yang digunakan untuk memulihkan dapat berminggu-minggu dan berbulan-bulan (Sofian, 2011;h.87).

**5. Jadwal kunjungan rumah**

Kunjungan rumah postpartum dilakukan sebagai suatu tindakan untuk pemeriksaan postpartum lanjutan. Jadwal kunjungan masa nifas paling sedikit empat kali untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, juga untukmencegah, mendeteksi, dan menangani, masalah-massalah yang terjadi (Nugroho T, Nurezki, warnaliza D, wilis;2014,h.216).



Tabel 2. 5. Frekuensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut</li> <li>c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>d. Pemberian asi awal</li> <li>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia</li> <li>g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus mengawasi ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil</li> </ul>
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : utus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</li> <li>c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat</li> <li>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ul>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami</li> <li>b. Memberikan konseling untuk kb secara dini.</li> </ul>

Sumber : Saifuddin,2010;h.N23-N24.

## 6. Tujuan asuhan masa nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologisnya.
- b. Melaksanakan skrining secara komperhensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehata diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi (Nugroho T, Nurezki, warnaliza D, wilis;2014,h.2).

## 7. Komplikasi masa nifas

### a) Bendungan ASI

Merupakan pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar tidak di kosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada putting susu.

Penanganan sebaiknya dilakukan selama hamil dengan perawatan payudara untuk mencegah terjadinya kelainan-kelainan pada masa nifas. Jika terjadi pada masa ini maka berikan simptomatis untuk sakitnya (analgetika). Kosongkan payudara, sebelum menyusuan dilakukan pengurutan payudara sehingga sumbatan hilang.

### b) Mastitis

Adalah suatu peradangan pada payudara disebabkan oleh kuman terutama *stapilococcus aerus* melalui luka pada putting susu atau melalui peredaran darah.

Biasanya mastitis yang tidak diobati akan menyebabkan abses payudara yang dapat pecah ke permukaan kulit.

Penanganan:

- (1) Jika terjadi mastitis pada payudara yang sakit, penyusuan dihentikan.
- (2) Berikan antibiotik jenis penisilin dengan dosis tinggi dapat membantu.
- (3) Jika terjadi abses payudara maka lakukan insisi radial sejajar dengan jalannya duktus laktiferus ( Sofian, 2011;h.286).

#### **D. BAYI BARU LAHIR**

##### **1. Definisi**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram. Bayi baru lahir dianggap normal apabila termasuk dalam kriteria berikut ini :

- (a) Berat bayi lahir 2500-4000 gram.
- (b) Panjang badan bayi 48-50 cm.
- (c) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- (d) Lingkar dada bayi 32-34 cm ( Sondakh,2013;h. 150).

##### **2. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)**

Segera setelah bayi lahir, bayi diletakkan di atas perut ibu selama satu jam untuk memberi kesempatan bayi dalam mencari puting susu ibu. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayilebih baik daripada

incubator dan mencegah infeksi nosokomial pada bayi. Kadar bilirubin bayi juga cepat normal sehingga tidak menyebabkan ikterus pada bayi juga mampu membuat bayi lebih tenang sehingga dapat membantu bayi mengatur pola tidur yang lebih baik (Prawirohardjo,2010;h.369).

### 3. Vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir maka harus dilakukan :

- a) Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan vitamin K peroral 1mg/hari selama tiga hari.
- b) Bayi resiko tinggi diberikan vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1mg dan diberikan secara IM pada 1/3 paha bagian luar (Saifuddin,2010;h.N35)

### 4. Jadwal kunjungan Neonatal

- a. Kunjungan Neonatal hari ke-1 (KN 1)
  - 1) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan ( $\geq 24$  jam)
  - 2) Untuk bayi yang lahir di rumah ,bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam ,maka pelayanan dilaksanakan pada 6 jam setelah lahir.

Hal yang di laksanakan :

- a) Menjaga kehangatan tubuh bayi
- b) Memberikan Asi Eksklusif
- c) Mencegah Infeksi
- d) Merawat tali Pusat

b. Kunjungan neonatal hari ke 2- (KN 2)

- 1) Menjaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Memberikan Asi Eksklusif
- 3) Mencegah Infeksi
- 4) Merawat tali Pusat

c. Kunjungan neonatal minggu ke -3 (KN 3)

Hal yang di lakukan meliputi :

- 1) Memeriksa ada/tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit pada bayi
- 2) Menjaga kehangatan bayi
- 3) Memberikan ASI Eksklusif ( Sondakh, 2013)

### 5. Penilaian Apgar Score

Menurut Sondakh (2013, h.158) penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir , kemudian penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian ini dilakukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Tabel 2.6 penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah dan ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic grimace)	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

## 6. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Menurut ( Sondakh, 2013;h.150-157) adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

### a) Adaptasi pernapasan

- (1) Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik dan kimia
  - (a) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya perubahan dalam gradien tekanan).
  - (b) Faktor-faktor sensorik meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu.
  - (c) Faktor-faktor kimia meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen , peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia- sementara selama kehamilan. .
- (2) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit

### b) Adaptasi kardiovaskuler

- (1) Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat, dan sebagian lagi terjadi seiring dengan waktu
- (2) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki dan sekitar mulut).
- (3) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.
- (4) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.

(5) Nilai hematologi normal dapat dilihat pada table berikut

Tabel 2.7. Perubahan sirkulasi janin ketika lahir

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

Sumber : Sondakh (2013;h.152).

### c) Perubahan termoregulasi dan metabolik

- (1) Suhu tubuh bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.
- (2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- (3) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi.



- (4) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolic dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

#### d) Adaptasi neurologis

- (1) Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.
- (2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
- (3) Perkembangan neonatus terjadi cepat. Pada saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks misalna control kepala, tersenyum, dsan meraih dengan tujuan akan berkembang.
- (4) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

Tabel 2.8. Refleks pada bayi baru lahir

Refleks	Respon Normal	Respon Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh, dengan jari atau puting	Respon yang lemah atau tidak ada respon yang terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis atau depresi system syaraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah	Muntah, batuk atau regurgitas cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, deficit neurologis atau cedera
Ekstruksi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidh disentuh dengan jari atau puting	Ekstruksi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada SSP dan kejang
	Bayi akan melangkah dengan	



Melangkah	satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata	Respon asimetris terlihat pada cedera syaraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengankedua tangan dan kaki bila diletakan telungkup pada permukaan datar	Respon asimetris terlihat pada cedera syaraf SSP dan gangguan neurologis
Tonik leher	Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respon persisten setelah bulan ke empat dapat menandakan cedera neurologis. Respon menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adanya respon secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respon dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakan telentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respon terhadap stimulus pada telapak kaki	Respon yang lemah atau tidak ada respon yang terlihat pada cedera syaraf perifer atau fraktur tulang panjang
Palmar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Respon ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan syaraf perifer (Pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plnar grasp	Jari bayi akan melekuk disekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi	Respon yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respon diandai dengan defisit neurologis yang berat
Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintas bantalan kaki	Tidak ada respon yang terjadi pada defisit SSP

Sumber : Sondakh (2013;h.154-155).

**e) Adaptasi Gastrointestinal**

- (1) Enzim-enzim digesif aktif saat lahir dan dapat memban bayi hidup diluar uterus paa kehamilan 36-38 minggu.
- (2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- (3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorbs lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pancreas dan lipase.
- (4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusis 3 bulan.
- (5) Pengeluaran mekonium yaitu feses berwarna hitam kehijauan lengket dan mengandung darah samar, dikeluarkan dalam waktu 4 jam pada kebanyakan bayi yang normal.
- (6) Variasi besar terjadi diantara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.
- (7) Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.
- (8) Gerakan acak tangan ke mulut dan mengisap jari telah diamati di dalam uterus, tindakan-tindakan seperti ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar.

**f) Adaptasi ginjal**

- (1) Laju filtrasi glomerulus relative rendah pada saat lahir disebabkan oleh adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.

- (2) Penurunan kemampuan untuk mengekspresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan menyebabkan asidosis dan ketidakseimbangan.
- (3) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama.
- (4) Urin dapat keruh karena lender dan garam asam urat, noda kemerahan ( debu, baru bata ) data diamati pada popok karena kaena Kristal asam urat.

**g) Adaptasi hati**

- (1) Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir hati terus membantu pembentukan darah.
- (2) Selama periode neonatus, hati memproduksi zat esensial untuk pembekuan darah.
- (3) Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ekstrauterin, saat ini bayi baru lahir rentan terhadap defisiensi zat besi.
- (4) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmentasi berasal dari hrmoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- (5) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan system vaskuler dn menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya (misalnya kulit, sclera, dan membrane mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau ikterus.

#### **h) Adaptasi imun**

- (1) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk.
- (2) Immaturitas jumlah system perlindungan secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir
  - (a) Reapon inflamasi berkurang baik secara kualitatif maupun kuantitatif.
  - (b) Keasaman lambung dan produksi pepsin dan tripsin belum berkembang sempurna sampai usia 3-4 minggu.
- (3) Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatus.

#### **7. Trauma jaringan Lunak bayi baru lahir**

##### **a) Kaput Suksedeneum**

Terjadinya edema di bawah kulit di antara periosteum dan kulit kepala bayi sebagai akibat pengeluaran cairan serum dari pembuluh darah. Sering dijumpai pada partus lama, partus obstruksi dan pada pertolongan ekstraksi vakum (kaput buatan). Biasanya menghilang 2-5 hari postpartum.

##### **b) Sefalhematoma**

Suatu perdarahan subperiostal yaitu perdarahan antara periosteum dan tengkorak berbatas tegas pada tulang yang bersangkutan dan tidak melewati sutura. Tulang yang paling sering terkena adalah os temporal atau pariestal. Frekuensinya 0,5-2% dari kelahiran hidup. Dijumpai baik pada persalingan biasa, namun lebih sering pada partus lama, dan persalinan memakai alat (ekstraksi vakum dan

fosep). Biasanya tidak terjadi komplikasi lanjut (fraktur dan sebagainya), tanpa pengobatan khusus akan sembuh dalam 2 sampai 12 minggu.

## 8. Ikterus Neonatorium

Ikterus sering dijumpai pada neonatus. Frekuensi menurut kepustakaan pada bayi cukup bulan adalah 50% pada bayi premature 80% dalam hari pertama kehidupan. Terdapat 10% neonatus dengan kadar bilirubin di atas 10mg%. Jenis-jenis ikterus neonatorium:

### a. Ikterus fisiologis

Terutama dijumpai pada bayi dengan berat badan lahir rendah. Ikterus ini biasanya timbul pada hari kedua lalu menghilang setelah 10 hari atau pada akhir minggu kedua.

### b. Ikterus patologis

Ikterus yang patologik timbul segera dalam 24 jam pertama, dengan bilirubin serum meningkat lebih dari 5mg% per hari, kadarnya di atas 10mg% pada bayi matur atau 15mg% pada bayi premature, dan menetap setelah minggu pertama kelahiran. Selain itu juga ikterus dengan bilirubin langsung di atas 1mg% setiap waktu. Ikterus seperti ini ada hubungannya dengan penyakit hemolitik infeksi, dan sepsis. Ikterus patologik memerlukan penanganan dan perawatan khusus.

### c. Kernikterus

Adalah ikterus berat dengan disertai gumpalan bilirubin pada ganglia basalis, kernikterus biasanya disertai naiknya kadar bilirubin indirek dalam serum. Pada neonatus cukup bulan kadar bilirubin di atas

20mg% sering berkembang menjadi kern icterus. Sedangkan pada bayi premature bila melebihi 18mg%.

Hiperbilirubinemia dapat menimbulkan esefalopati dan ini sangat berbahaya bagi bayi. Untuk terjadinya kern icterus tergantung pula pada keadaan umum bayi. Bila bayi menderita hipoksia, asidosis, dan hipoglikemia, kern icterus dapat timbul walaupun kadar bilirubin di bawah 16mg%. pengobatannya adalah dengan transfusi tukar darah.

### 9. Hipotermia

Hipotermia dapat terjadi secara cepat pada bayi sangat kecil atau bayi yang diresusitasi atau dipisahkan dari ibunya. Dalam kasus ini, suhu dapat cepat turun  $< 35^{\circ}\text{C}$ .

Asuhan pada bayi dengan hipotermia :

- a. Jika bayi hipotermia berat (suhu aksiler  $< 35^{\circ}\text{C}$ )
  - 1) Gunakan alat yang tersedia seperti incubator, radiant heater, kamar hangat, tempat tidur hangat.
  - 2) Rujuk segera ke tempat pelayanan kesehatan yang mempunyai NICU
  - 3) Jika bayi sianosis(biru) atau sukar bernapas (frekuensi  $< 30$  atau  $> 60$  x per menit, terdapat tarikan dinding dada kedalam atau merintih) beri oksigen melalui kateter hidung atau nasal prong.
- b. Jika bayi dengan suhu aksiler  $35^{\circ}\text{C}$  atau lebih
  - 1) pastikan bayi dijaga tetap hangat, bungkus bayi dengan kain lunak, kering, selimuti dan pakai topi untuk menghindari kehilangan panas.

- 2) Dorong ibu untuk segera menyusui setelah bayi siap.
- 3) pantau suhu aksiler setiap jam sampai normal.
- 4) bayi dapat diletakan dalam incubator atau dibawah radiant heater.

#### 10. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Dalam beberapa dasawarsa ini, perhatian terhadap janin yang mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan sangat meningkat. Hal ini masih disebabkan masih tingginya angka kematian perinatal dan neonatal karena masih banyak bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir yang rendah. Kalaupun bayi pada masa dewasa ini akan mengalami gangguan pertumbuhan, baik fisik maupun mental.

##### a) definisi

##### a. Prematuritas murni

Adalah bayi lahir pada kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang sesuai.

##### b. Small for date (SFD) atau kecil untuk masa kehamilan (KMK) adalah bayi yang berat badannya kurang dari seharusnya umur kehamilan.

##### c. Retardasi pertumbuhan janin intrauterine

Adalah bayi yang lahir dengan berat badan rendah dan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

##### d. Light for date sama dengan small for date.

##### e. Dismaturitas

Adalah suatu sindroma klinik dimana terjadi ketidak seimbangan antara pertumbuhan janin dengan lanjutnya kehamilan. Atau bayi-



bayi yang lahir dengan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan. Atau bayi dengan gejala intrauterine malnutrition or wasting.

f. Large for date

Adalah bayi yang dilahirkan lebih besar dari seharusnya tua kehamilan, misalnya pada diabetes militus.

Pada bayi yang mengalami gangguan pertumbuhan intrauterine dipakai grafik Lubchenco dinyatakan adanya retardasi bila berat badan bayi di bawah 10 persentil dari grafik baku.

b) Etiologi

(1) Factor genetic

(2) Infeksi

(3) Radiasi

(4) Factor nutrisi

c) Perawatan bayi berat badan lahir rendah

(1) Pengaturan suhu lingkungan

(2) Makanan bayi berat lahir rendah

## E. KONTRASEPSI

### 1. Definisi

Kontrasepsi adalah bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai mahluk seksual. Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Sedangkan kontrasepsi adalah cara, alat, atau



obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi(Affandi,2012;hal.U-46)  
(Sofian, 2011; h.195).

## 2. Tujuan

- a) Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- b) Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
- c) Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara menjarangkan kelahiran ( Prawirohardjo, 2010).

## 3. Jenis-jenis kontrasepsi

### a. Kontrasepsi Metode Alamiah

#### 1) Senggama Terputus ( Koitus interuptus)

Senggama terputus ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina.

Keuntungan cara ini yaitu tidak membutuhkan biaya, alat-alat ataupun persiapan, sedangkan kekurangannya ialah dalam menyukseskan cara ini diutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki. Beberapa laki-laki karena factor jasmani dan emosional tidak dapat mengguakan cara ini.  
(Prawirohardjo,2010;h.438-4).

## 2) Metode Amenorea Laktasi ( MAL )

Merupakan metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja tanpa ada tambahan makanan atau minuman apapun. Metode ini dapat digunakan sebagai kontrasepsi jika benar-benar menyusui penuh, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan.

### a) Cara kerja

Cara kerja dari metode ini adalah penundaan/penekanan ovulasi.

### b) Keuntungan

- (a) Efektifitas tinggi pada enam bulan pascapersalinan.
- (b) Dapat segera efektif
- (c) Tidak mengganggu senggama
- (d) Tidak ada efek samping sistemik dan tidak perlu pengawasan medis.
- (e) Tidak perlu obat atau alat dan tanpa biaya apapun.

## b. Kontrasepsi Mekanik

### a. Kondom

Kondom merupakan sarung karet yang terbuat dari bahan diantaranya adalah lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang di pasang pada penis saat berhubungan seksual.

a) Cara kerja

- (i) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan antara sperma dan ovum dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak dapat masuk ke dalam saluran reproduksi wanita.
- (ii) Mencegah penularan mikroorganisme dari satu pasangan ke pasangan yang lain ( khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)

b) Keuntungan

- (i) Efektif bila digunakan dengan sesuai.
- (ii) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (iii) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- (iv) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- (v) Murah dan dapat dibeli secara umum.

c) Keterbatasan

- (i) Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- (ii) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- (iii) Sedikit mengganggu hubungan seksual.
- (iv) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan.

d) Cara penggunaan

- (i) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan

gulungan karetanya dengan cara menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.

- (ii) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampung sperma maka pada saat pemasangan longgarkan bagian ujung agar tidak terjadi robekan pada saat terjadi ejakulasi.
- (iii) Kondom dilepas sebelum penis melembek.
- (iv) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis dari vagina sehingga tidak tertinggal kemudian leaskan kondom saat penis sudah keluar dari vagina.
- (v) Gunakan untuk satu kali pemakaian.

#### c. Kontrasepsi Hormonal

Dibawah pengaruh hipotalamus, hipofisis mengeluarkan hormone gonadotropin Follicel Stimulating Hormone (FSH), Luteinizing Hormone (LH). Hormon-hormon ini merangsang ovarium untuk membuat estrogen dan progesteron. dua hormone terakhir ini menumbuhkan endometrium pada waktu daur haid, dalam keseimbangan yang tertentu dapat menyebabkan ovulasi, dan penurunan kadarnya mengakibatkan desintegrasi endometrium dan haid. Penyelidikan lebih lanjut menunjukkan bahwa baik estrogen dan progesterone dapat mencegah terjadinya ovulasi. Berikut ini adalah macam-macam kontrasepsi hormonal :

##### 1) Pil Kontrasepsi

Menurut Prawirohardjo (2012;h.MK30-34) kontrasepsi pil dibagi menjadi dua yaitu

a) Pil Kombinasi

(a) Cara Kerja

- (i) Menekan ovulasi.
- (ii) Mencegah implantasi.
- (iii) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma.
- (iv) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu.

(b) Manfaat

- (i) Memiliki efektivitas yang tinggi bila digunakan setiap hari ( 1 kehamilan pada 1000 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan).
- (ii) Resiko kesehatan kecil.
- (iii) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (iv) Siklus haid teratur, pengeluaran darah tidak banyak(mencegah anemia), tidak terdapat nyeri haid.
- (v) Dapat digunakan dalam jangka panjang.
- (vi) Mudah dihentikan setiap saat.
- (vii) Kesuburan segera kembali setelah pil dihentikan.

(c) Keterbatasan

- (i) Mahal dan membosankan karena harus diminum setiap hari.

(ii) Dapat terjadi Mual, Perdarahan bercak, Pusing, Nyeri payudara.

(iii) Tidak boleh diberikan pada ibu menyusui karena dapat mengurangi produksi ASI.

(iv) Dapat meningkatkan tekanan darah.

(d) Waktu Penggunaan

(i) Setiap saat selagi haid.

(ii) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.

(iii) Paskakeguguran (segera atau dalam waktu 7 hari).

b) Pilprogestin (Minipil)

(a) Cara Kerja

(i) Menekan sekresi gonadotropin.

(ii) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

(iii) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.

(iv) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

(b) Keuntungan

(i) Sangat efektif bila digunakan dengan benar.

(ii) Tidak mengganggu hubungan seksual.

(iii) Tidak mempengaruhi produksi ASI.

(iv) Kesuburan cepat kembali.

- (v) Nyaman dan mudah dalam menggunakannya, efek samping sedikit.
- (vi) Dapat dihentikan setiap saat sesuai keinginan dan tidak terdapat estrogen.

(c) Keterbatasan

- (i) Mengalami peningkatan/penurunan berat badan.
- (ii) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.
- (iii) Tidak boleh lupa karena kegagalan menjadi lebih besar jika pil lupa tidak di minum.
- (iv) Payudara menjadi tegang dan timbulnya mual, pusing dan jerawat.
- (v) Efektifitasnya berkurang jika diminum bersamaan dengan obat epilepsy.
- (vi) Tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS).

(d) Waktu penggunaan

- (i) Mulai digunakan pada hari pertama sampai ke 5 siklus haid.
- (ii) Dapat digunakan setiap saat. Bila menggunakan setelah hari ke 5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama 2 hari.



(iii) Bila klien tidak hid (amenorea) maka boleh digunakan kapan saja asal dipastikan tidak sedang hamil.

(iv) Dapat digunakan pada ibu menyusui.

(v) Minipil dapat diberikan pada klien dengan pascakeguguran.

## 2) Kontrasepsi suntikan (Depo Provera)

### (1) Suntikan setiap 3 bulan (depo provera)

Depo provera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi prenatal, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. Noristerat juga termasuk dalam golongan kontrasepsi suntikan. Mekanisme kerjanya ialah :

(a) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan gonadotropin releasing hormone dari hipotalamus

(b) Lendir serviks bertambah kental sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri

(c) Implantasi ovum dalam endometrium terhalangi

(d) Mempengaruhi transport ovum di tuba

Keuntungan kontrasepsi ini yaitu efektivitas tinggi, pemakaiannya sederhana, cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4x dalam 1 tahun), cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anaknya. Sedangkan

kekurangannya ialah sering menimbulkan yang tidak teratur, dapat menimbulkan amenorea. Obat suntikan in cocok digunakan oleh ibu-ibu yang baru saja melahirkan dan sedang menyusui anaknya.

(2) Suntikan setiap bulan (suntikan kombinasi)

Menurut Prawirohardjo (2012;h.MK36-38)

(a) Cara Kerja

- (i) Menekan ovulasi.
- (ii) Mengentalkan lender serviks sehingga penetrasi sperma terganggu.

(b) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(c) Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan ) selama tahun pertama pemakaian.

(d) Keuntungan

- (i) Tidak berpengaruh pada hubungan seksual.
- (ii) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- (iii) Dapat digunakan dalam jangka panjang.
- (iv) Efek samping sedikit.

(e) Kerugian

- (i) Terjadi perubahan siklus haid, seperti haid tidak teratur, perdarahan bercak/spotting.

(ii) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan namun keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.

(iii) Efektivitasnya berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat epilepsy.

Penambahan berat badan.

(f) Waktu Penggunaan

(i) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Bila sedang tidak haid maka dapat diberikan setiap saat asal tidak sedang hamil.

(ii) Tidak dapat segera digunakan, harus menunggu 7 hari baru dapat melakukan hubungan seksual. 7 hari pasca keguguran.

(3) Kontrasepsi Implan

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun.

(i) Jenis-jenis kontrasepsi implan

(a) Norplant

Norplant terdiri dari 6 kapsul yang dapat bertahan hingga 5 tahun.

(b) Jadella

Implan jenis ini berisi 2 kapsul dengan lama penggunaan sekitar 3 tahun.

## (c) Implanon

Kontrasepsi subdermal yang hanya terdiri dari satu kapsul dan bertahan hingga 3 tahun.

## (ii) Cara kerja

(a) Menebalkan mucus serviks sehingga sehingga tidak dapat di lewati oleh sperma.

(b) Progestin jua menekan pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) dari hipotalamus dan hipofisis.

## (iii) Efek samping

(a) Perubahan pola/siklus haid

(b) Penambahan berat badan

(c) Perdarahan bercak diantara siklus haid.

## (iv) Waktu pemasangan

(a) Selama haid ( dalam waktu 7 hari pertama siklus haid ).

(b) Pascapersalinan (3-4 minggu) jika tidak menyusukan bayinya.

(c) Pascakeguguran (segera atau dalam 7 ari pertama)

(d) Sedang menyusukan bayina secara eksklusif ( lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan sebelum 6 bulan pascapersalinan).

## d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

## 1) Profil

a) Sangat efektif dan jangka panjang.

b) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.

- c) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.
- d) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- e) Tidak boleh digunakan oleh perempuan yang terpapar infeksi menular seksual (IMS).

## 2) Cara Kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c) Mencegah sperma dan ovum bertemu.
- d) Memungkinkan untuk mencegah proses implantasi dalam uterus.

## 3) Keuntungan

- a) Dapat efektif segera setelah pemasangan.
- b) Metode jangka panjang.
- c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- d) Tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI.
- e) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan setelah keguguran.

## 4) Kerugian

- a) Perubahan siklus haid.
- b) Merasakan sakit selama 3-5 hari setelah pemasangan.
- c) Tidak mencegah IMS.
- d) Harus memerlukan pengawasan medis seperti memeriksa/kontrol untuk mengetahui keadaan AKDR.

#### 4. Penapisan

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntukan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada :

- a. Kehamilan.
- b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus.
- c. masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Untuk sebagian besar klien keadaan ini dapat diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dapat dikenali atau kemungkinan hamil dapat disingkirkan. sebagian besar cara kontrasepsi, kecuali AKDR dan kontrasepsi mantap tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun panggul. Pemeriksaan laboratorium untuk klien keluarga berencana atau klien baru umumnya tidak diperlukan karena :

- a. Sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda (umur 16-36 tahun ) dan umumnya sehat.
- b. pada wanita masalah kesehatan reproduksi yang membutuhkan perhatian (misalnya kanker genitalia dan payudara, fibroma uterus) jarang didapat pada umur sebelum 35 tahun atau 40 tahun.
- c. pil kombinasi dosis rendah yang sekarang tersedia (berbasis estrogen dan progesterin) lebih baik dari pada produk sebelumnya karena efek sampingnya sedikit dan jarang menimbulkan efek samping medis.

- d. pil progesterin, suntikan dan susuk bebas dari efek yang berhubungan dengan estrogen dan dosis progesterin yang dilekuarkan setiap hari bahkan lebih rendah dari pil kombinasi.

Tanyakan kepada klien hal-hal pada table berikut ini , apabila klien menjawab TIDAK maka klien yang bersangkutan dapat menggunakan metode yang diinginkan.

Tabel 2.9 Penapisan Keluarga Berencana

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progesterin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada mata atau tidak		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160mmHg (sistolik) dan 90mmHg (diastolic)		
Apakah ada masa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progesterin)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien atau pasangan mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih dari 1-2 pembalut setiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		



Apakah pernah mengalami disminorea berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring

Apakah pernah mengalami perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama.

Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kenginetal.

---

Sumber : Affandi,2011;h.u-10

Keterangan : 1. Apabila klien menyusui dan < 6 minggu pascabersalin maka pil kombinasi adalah yang paling tepat.

2. Tidak cocok untuk pil progestin 9 (minipil), suntikan atau susuk.

## **II. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN**

### **A. Pengertian**

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode dalam berfikir logis dan sistematis. Manajemen kebidanan juga merupakan suatu pemikiran seorang bidan dalam memberikan asuhan atau dalam menangani sebuah kasus tertentu yang menjadi kewajibannya (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008;h. 124).

### **B. Langkah-langkah manajemen kebidanan.**

#### 1. Langkah I Tahap pengumpulan data dasar/Pengkajian data

Tahap ini adalah langkah pertama untuk menentukan langkah selanjutnya sehingga kelengkapan data sangat menentukan proses interpretasi yang benar dan sesuai dengan kasus yang dihadapi. Sehingga dalam pendekatan ini harus mengumpulkan data subyektif, data obyektif yang didalamnya terdapat hasil pemeriksaan.

Data Subyektif adalah data yang berasal dari anamnesa yang telah dilakukan. Data yang dikumpulkan meliputi :

a) Identitas Klien.

- b) Keluhan.
- c) Riwayat kesehatan.
- d) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.

Data Obyektif berisi hasil dari pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008).

## 2. Langkah II Interpretasi data dasar

Langkah ini merupakan langkah dimana bidan menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang dialami dan dirasakan oleh wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Sementara diagnosa kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur dalam diagnosa kebidanan (Mangkuji, Ginting, Suswaty, Lubis & Wildan.2012;h.5) (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008;h.135).

Menurut Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti (2008;h.135) Standar nomenklatur diagnosa kebidanan:

- a) Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
- b) Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan.
- c) Memiliki ciri khas dalam kebidanan.
- d) Praktek kebidanan didukung oleh clinical judgement.
- e) Dapat diatasi dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah III Identifikasi diagnosa/masalah potensial.

Pada langkah ini bidan harus mampu mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial yang dapat terjadi dengan kasus tertentu. Dalam langkah ini bidan tidak hanya merumuskan diagnose potensial yang akan terjadi tetapi juga harus mampu merumuskan tindakan antisipasi agar masalah/diagnose tersebut tidak terjadi (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008;h.135).

4. Langkah IV Identifikasi Kebutuhan terhadap tindakan segera dan kolaborasi atau konsultasi.

Pada langkah ini yang harus dilakukan bidan adalah mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera sehubungan dengan diagnosa potensial agar tidak terjadi atau mengidentifikasi masalah yang perlu dikonsultasikan dan melakukan kolaborasi dengan dokter (Mangkuji, Ginting, Suswaty, Lubis & Wildan.2012;h.6).

5. Langkah V Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Dalam langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh sesuai dengan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang telah diidentifikasi dari klien namun juga terdapat asuhan yang mampu mencegah terjadinya diagnosa/masalah potensial. Oleh karena itu, pada langkah ini bidan harus merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama dengan klien untuk menyepakati perencanaan tersebut sebelum melaksanakannya (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008;h.137-138).

#### 6. Langkah VI Pelaksanaan rencana asuhan

Langkah ke-enam yaitu melaksanakan apa yang telah direncanakan pada langkah ke-lima secara aman dan efisien. Dalam hal ini bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter apabila sudah diluar kewenangannya. Dengan demikian bidan bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang telah dibuat. (Mangkuji, Ginting, Suswaty, Lubis & Wildan.2012;h.6).

#### 7. Langkah VII Evaluasi tindakan yang telah dilakukan

Pada langkah ke tujuh dilakukan evaluasi dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan. Mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut (Estiwidani, Meilani, Wiyasih, Widyastuti. 2008;h.139).

### C. Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan merupakan suatu system pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan reproduksi dan semua kegiatan yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan (Mangkuji, Ginting, Suswaty, Lubis & Wildan.2012;h.7).

#### Dokumentasi SOAP

##### 1. Subjektif

- a. pendokumentasian hasil pengumpulan data atau anamnesa
- b. berhubungan dengan masalah yang berhubungan dengan klien.

## 2. Objektif

- a. Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien.
- b. hasil pemeriksaan laboratorium.
- c. informasi dari keluarga atau orang lain.

## 3. Assasment

- a. pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subyektif dan obyektif.
- b. Diagnosis/masalah
- c. Diagnosis/masalah potensial
- d. antisipasi diagnosis/masalah potensial/tindakan segera

## 4. Planning

pendokumentasian tindakan dan evaluasi meliputi asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostik/ laboratorium, konseling dan tindakan lanjut (Manguji, Ginting, Suswaty, Lubis & Wildan.2012;h.8).

### III. LANDASAN HUKUM

- A. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MenKes/Per/x/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan. Dalam rangka menyelarskan kewenangan bidan dengan tugas Pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang merata perlu merevisi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/149/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan.

## B. Kewenangan bidan

### Pasal 8

Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi

1. Pelayanan kebidanan
2. Pelayanan Reproduksi Perempuan.
3. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

### Pasal 10

1. Pelayanan kebidanan ditunjukkan kepada ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (2) meliputi :
  - a. Penyuluhan dan konseling
  - b. Pemeriksaan Fisik.
  - c. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
  - d. Pertolongan persalinan normal.
  - e. Pelayanan ibu nifas normal.
2. Pelayanan kebidanan kepada bayi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (3) meliputi :
  - a. Pemeriksaan bayi baru lahir.
  - b. Perawatan tali pusat.
  - c. Perawatan bayi
  - d. Resusitasi pada Bayi baru lahir.
  - e. Pemberian Imunisasi Bayi dalam rangka menjalankan tugas Pemerintah.
  - f. Pemberian penyuluhan.

### Pasal 11

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf a berwenang untuk :

- a. Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah.
- b. Bimbingan senam hamil.
- c. Episiotomi.
- d. Penjahitan luka episiotomi
- e. Kompresi bimanual dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan perujukan.
- f. Pencegahan anemia.
- g. Inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- h. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
- i. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
- j. Pemberian air minum dengan sonde / pipet
- k. Pemberian obat bebas, uterotonika untuk postpartum dan manajemen aktif kala III.
- l. Pemberian surat keterangan kelahiran.
- m. Pemberian surat keterangan hamil untuk keperluan cuti melahirkan.

### Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf b, berwenang untuk :

- a. Memberikan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim dalam rangka menjalankan tugas pemerintah dan kondom.



- b. Memasang alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan supervisi dokter
- c. Memberikan penyuluhan/konseling pemilihan kontrasepsi
- d. Memberikan konseling dan tindakan pencegahan kepada perempuan pada masa pranikah dan prahamil.

#### Pasal 13

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf c berwenang untuk:

- a. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan bayi.
- b. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- c. Melaksanakan Deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi Menular seksual (IMS) penyalahgunaan narkotika Psikotropika dan zat aduktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya

#### Pasal 14

1. Dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa seseorang / pasien dan tidak ada dokter di tempat kejadian, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8.
2. Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dalam rangka melaksanakan tugas pemerintah dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8.

3. Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) adalah kecamatan atau kelurahan / desa yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.
4. Dalam hal daerah adalah sebagaimana dimakaud pada ayat (3) telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) tidak berlaku.

### C. Standar Kompetensi Bidan

Keputusan Menteri kesehatan RI 369/MENKES/SK/III/2007

#### 1. Kompetensi ke 1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

##### a. Pengetahuan dan ketrampilan dasar

- 1) Kebudayaan dasar masyarakat Indonesia.
- 2) keuntungan dan kerugian praktek kesehatan tradisional dan modern.
- 3) Sarana tanda bahayaserata transportasi kegawatdaruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan.
- 4) penyebab langsung maupun tidak langsung kematiandan kesakitan ibu dan bayi di masyarakat.
- 5) Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromossikan hak-haknya yang diperlukan untuk

mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan)

- 6) Keuntungan dan resiko dari tatanan tempat bersalin yang tersedia.
  - 7) Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
  - 8) Masyarakat, keadaan kesehatan lingkungan, termasuk penyediaan air, perumahan, resikolingkungan, makanan dan ancaman umum bagi kesehatan.
  - 9) standard profesi dan praktik bidan.
- b. pengetahuan dan ketrampilan tambahan
- 1) Epidemiologi, sanitasi, daignosa masyarakat dan vital statistic.
  - 2) infrastruktur kesehatan setempat dan nasional, serta bagaiman mengakses sumber daya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan,
  - 3) *Primary Health Care* (PHC) berbasis di masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit.
  - 4) program imunisasi nasional dan akses untuk pelayanan imunisasi.
- c. Perilaku profesional bidan
- 1) Berpegang teguh pada filosofi, etika profesi dan aspek legal.
  - 2) Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya.
  - 3) Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan ketrampilan mutakhir.

- 4) Menggunakan cara pencegahan universal untuk penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi.
- 5) Melakukan konsultasi dan rujukan yang tepat dalam memberikan asuhan kebidanan.
- 6) Menghargai budaya setempat sehubungan dengan praktik kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak.
- 7) Menggunakan model kemitraan dalam bekerjasama dengan kaum wanita/ibu agar dapat menentukan pilihan yang telah diinformasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri.
- 8) Menggunakan ketrampilan mendengar dan memfasilitasi.
- 9) Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu dan keluarga.
- 10) Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

Pra Konsepsi, KB dan Ginekologi

## 2. Kompetensi ke-2

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

a. Pengetahuan dasar

- 1) Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual.
- 2) Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi.
- 3) norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
- 4) Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga dan riwayat genetic yang relevan.
- 5) Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.
- 6) berbagai metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.
- 7) Jenis, indikasi, dan cara pemberian, cara pencabutan dan efek samping berbagai kontrasepsi yang digunakan antara lain, suntikan, AKDR, Alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom, tablet vagina dan tiisuvagina.
- 8) metode konseling bagi wanita dalam memilih suatu metode kontrasepsi.
- 9) penyuluhan kesehatan mengenai PMS, HIV/AIDS dan kelangsungan hidup anak.
- 10) Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

b. Pengetahuan tambahan

- 1) Faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan.
- 2) Indikator penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh kondisi geografis dan proses rujukan untuk pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut.
- 3) Indikator dan metode konseling/rujukan terhadap gangguan hubungan interpersonal termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks fisik dan emosi).

c. Keterampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang lengkap.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus sesuai dengan kondisi wanita.
- 3) Menetapkan dan atau melaksanakan dan menyimpulkan hasil pemeriksaan laboratorium seperti hematokrit dan analisis urine.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan dan keterampilan konseling dasar dengan tepat.
- 5) Memberikan pelayanan KB yang tersedia sesuai kewenangan dan budaya masyarakat.
- 6) Melakukan pemeriksaan berkala akseptor KB dan melakukan intervensi sesuai kebutuhan.
- 7) Mendokumentasikan temuan dan intervensi yang ditemukan.

- 8) Melakukan pemasangan AKDR.
- 9) Melakukan pencabutan AKDR dengan letak normal.

d. ketrampilan tambahan

- 1) Melakukan pemasangan AKBK.
- 2) Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal.

Asuhan dan Konseling selama Kehamilan

3. Kompetensi ke-3

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

a. Pengetahuan dasar

- 1) Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.
- 2) Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
- 3) Tumbuhkembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- 4) Tanda-tanda dan gejala kehamilan.
- 5) Mendiagnosa kehamilan.
- 6) Perkembangan normal kehamilan.
- 7) Komponen riwayat kesehatan.
- 8) Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.
- 9) Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan atau tinggi fundus uteri.
- 10) Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hiperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu,

abortus iminens, molla hydatidosa dan komplikasinya serta kehamilan ganda, kelainan letak dan preeklamsi.

11) Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti Haemoglobin dalam darah, est gula, protein , aceton, dan bakteri dalam urine.

12) Perkembangan normal dari kehamilan : perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan tinggi fundus unteryang diharapkan.

13) Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.

14) Peyuluhandalam kehamilan : perubahan fisik,perawatan paudara, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan danaktivitas (senam hamil).

15) kebutuhan nuttrisi bagi wanita hamil dan janin.

16) penatalaksanaan imunisasi bagi wanita hamil.

17) pertumbuhan dan perkembangan janin.

18) Persiapan persalinan, kelahiran danmenjadi orang tua.

19) Persiapan keadaan dan rumah/keluarga untukmenyambut kelahiran bayi.

20) Tanda-tanda dimulainya persalinan.

21) promosi dan dukungan pada ibu menyusui.

22) Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.

23) Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.

24) Mengurangi ketidaknyaman selama kehamilan.



25) penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyaman selama kehamilan.

26) Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alcohol dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.

27) Akibat yang ditimbulkan/ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan misalnya toxoplasmosis.

28) tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa seperti preeklamsi, perdarahan pervaginam, kelahiran premature, anemia berat.

29) kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.

30) Resusitasi kardiopulmonary.

b. Pengetahuan tambahan

1) Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan seperti asma, infeksi HIV, Penyakit menular seksual (PMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur/serotinus.

2) Akibat dari penyakit akut dan kronis yang disebut di atas bagi kehamilan dan janinnya.

c. Keterampilan dasar

1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisisnya pada setiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.

2) Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.

- 3) Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.
- 4) Melakukan penilaian pelvic termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
- 5) Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan *fotoscope* (Pinard) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
- 6) Menghitung usia kehamilan dan perkiraan persalinan.
- 7) Mengkaji statusnutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin.
- 8) Mengkaji kenaikan berat badan dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
- 9) Memberikan penyuluhan pada klien/keluarga mengenai tanda-tanda bahaya dan serta bagaimana menghubungibidan.
- 10) Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus iminens dan preeklamsi ringan.
- 11) Menjelaskan dan mendemonstrasikan bagaimana cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.
- 12) Memberikan imunisasi ibu hamil.
- 13) Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan, normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk ke fasilitas pelayanan yang tepat dari :

- a) Kekurangan gizi.
  - b) Pertumbuhan janin yang adekuat : SGA dan LGA.
  - c) Preeklamsi berat dan hipertensi.
  - d) Perdarahan pervaginam.
  - e) Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
  - f) Kematian janin.
  - g) Adana edema signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
  - h) Ketuban pecah sebelum waktunya.
  - i) persangkaan polyhidramnion.
  - j) Diabets mellitus.
  - k) Kelaianan kongenital pada janin.
  - l) Hasil laboratorium yang tidak normal.
  - m) Persangkaan polyhidramnion dan kelaianan janin.
  - n) Infeksi pada ibu hamil seperti PMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas.
- 14) Memberikan bimbingan dan persiapan untuk perslinan, kelahiran dan menjadi orang tua.
- 15) Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan senam, keamanan dan berhenti merokok.
- 16) Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia.

d. Ketrampilan tambahan

- 1) Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ.
- 2) Memberikan pengobatan dan atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan menggunakan standar local dan sumber daya yang tersedia.
- 3) Melaksanakan kemampuan LSS dalam manajemen pasca abortion.

Asuhan selama Persalinan dan Kelahiran

4. Kompetensi ke-4

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

a. Pengetahuan dasar

- 1) fisiologi persalinan.
- 2) Anatomi tengkorak janin, diameter yang pening dan penuunjuk.
- 3) Aspek psikologis dan kultural pada persalinan dan kelahiran.
- 4) Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
- 5) Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.
- 6) Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
- 7) Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.

- 8) Proses penurunan jann melalui pelvic selama persalinadan kelahiran.
- 9) Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehmilan normal dan ganda.
- 10) Pemberian kenyamanan dalam persalinan seperti : kehadiran keluarga/pendampingan, pengaturan posisi, hidrai, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
- 11) Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan I luar uterus.
- 12) Pwmwnuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernapasan, kehangatan dan memberikan ASI/PASI.
- 13) Pentingya kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antar lain kintak kulit langsung, kontak mata antara bayi dan ibunya bila dimungkinkan.
- 14) Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
- 15) Manajemen fisiologi kala III
- 16) Memberikan suntikan intramuskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
- 17) Indikasi tindakan kedaruratan seperti : distosia bahu, asfiksia neonatal, retensio plasenta, perdarahan karena atoniauteri.
- 18) indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin dan CPD.
- 19) Indikator komplikasi persalinan : perdarahan, partus macet, kelainan presentassi, eklampsi, kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa inffeksi, distosia karena

inersia uteri primer, posterm dan preterm serta tali pusat menubung.

20) Prinsip manajemen kala III secara fisiologis.

21) Prinsip manajemen aktif kala III.

b. Pengetahuan tambahan

- 1) Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
- 2) Pemberian suntikan anastesi local.
- 3) Akselerasi dan induksi persalinan.

c. Keterampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
- 3) Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan kepala.
- 4) Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
- 5) Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam ) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi, keadaan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi.
- 6) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
- 7) Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.
- 8) Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang adekuat selama persalinan.

- 9) Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi yang sesuai atau melakukan rujukan dengan tepat.
- 10) Melakukan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.
- 11) Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
- 12) Melakukan episiotomy dan penjahitan jika diperlukan.
- 13) Melakukan manajemen fisiologi kala III.
- 14) Melakukan manajemen aktif kala III.
- 15) Memberikan suntikan intramuskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
- 16) Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan Haemoglobin (HB) dan hematokrit (HT).
- 17) Mdnahan uterus untuk mencegah terjadinya inverse uterus dalam kala III.
- 18) Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
- 19) Memperkirakan jumlah kehilangan darah pada persalinan dengan benar.
- 20) Memeriksa robekan vagina, serviksdan perineum.
- 21) Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
- 22) Memberikan pertolongan persalinan abnormal : letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, posterm dan preterm.
- 23) Melakukan pengeluaran plsenta secra manual.
- 24) Mengelola perdarah postpartum.

25) Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawatdaruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi.

26) memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/tali kasih ibu dan bayi baru lahir.

27) Memfasilitasi ibu untuk menyusui segera mungkin dan mendukung ASI Eksklusif.

28) Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.

d. Keterampilan tambahan

1) Menolong kelahiran presentasi mukan dengan penempatan dan gerakan tangan yang tepat.

2) Memberikan suntikan anastesi local jika diperlukan.

3) Melakkan ekstraksi forsep rendah dan vakum jika diperlukan sesuai kewenangan.

4) Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, distosia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) dengan tepat.

5) Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menumbung.

6) Mengidentifikasi dan menjahir robekan serviks.

7) Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.

8) Memberikan okstosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan postpartum.



## Asuhan pada Ibu Nifas dan Menyusui

### 5. Kompetensi ke-5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

#### a. Pengetahuan dasar

- 1) Fisiologi nifas.
- 2) Proses involusi dan penyembuhan sesudah persalinan/abortus.
- 3) Proses laktasi/menyusui dan teknik menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi termasuk pembengkakan payudara, abses, mastitis, puting susu lecet, puting susu masuk.
- 4) Nutrisi ibu nifas, kebutuhan istirahat, aktifitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih.
- 5) Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir.
- 6) Adaptasi psikologis ibu sesudah bersalin dan abortus.
- 7) *Bonding dan attachment* orangtua dan bayi baru lahir untuk menciptakan hubungan positif.
- 8) Indikator subinvolusi : misalnya perdarahan yang terus menerus, infeksi.
- 9) Indikator masalah-masalah laktasi.
- 10) Tanda dan gejala yang mengancam kehidupan misalnya perdarahan pervaginam menetap, sisa plasenta, shock dan preeklamsi post partum.

11) Indikator pada komplikasi tertentu dalam periode potpartum, seperti anemia kronis, hematoma vulva, retensi urin dan incontinentia alvi.

12) Kebutuhan asuhan dan konseling selama dan sesudah abortus.

13) Tanda dan gejala komplikasi abortus.

b. Keterampilan dasar

1) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang terfokus, termasuk keterangan rinci tentang kehamilan, persalinan dan kelahiran.

2) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada ibu.

3) Pengkajian involusi uterus serta penyembuhan luka/penjahitan luka.

4) Merumuskan diagnose masa nifas.

5) Menyusun perencanaan.

6) Memulai dan mendukung pemberian ASI Eksklusif.

7) Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu meliputi perawatan diri sendiri, istirahat, nutrisi dan asuhan bayi baru lahir.

8) Mengidentifikasi hematoma vulva dan melaksanakan rujukan bila diperlukan.

9) Mengidentifikasi infeksi pada ibu, mengobati sesuai kewenangan atau merujuk tindakan yang sesuai.

10) Penatalaksanaan ibu potpartum abnormal: sisa plasenta, renjatan dan infeksi ringan.

11) Melakukan konseling pada ibu tentang seksualitas dan KB pasca persalinan.

12) Melakukan konseling dan memberikan dukungan untuk wanita pasca aborsi.

13) Melakukan kolaborasi atau rujukan pada komplikasi tertentu.

14) Memberikan antibiotika yang sesuai,

15) Mencatat dan mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

c. Keterampilan tambahan

Melakukan insisi pada hematoma vulva.

Asuhan pada Bayi Baru Lahir

6. Kompetensi ke-6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

Asuhan pada Bayi dan Balita.

a. Pengetahuan dasar

1) Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.

2) Kebutuhan dasar bayi baru lahir : Kebersihan jalan nafas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi, bonding attachment.

3) Indikator pengkajian bayi baru lahir misalnya nilai APGAR.

4) Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.

5) Tumbuh kembang yang normal pada bayi baru lahir sampai 1 bulan.

- 6) Masalah yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti : caput, molding, mongolion spot, hemangioma.
  - 7) Komplikasi yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti : hypoglikemi, hypotermi, dehidrasi, diare dan infeksi, ikterus.
  - 8) Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada bayi baru lahir sampai 1 bulan.
  - 9) Keuntungan dan resiko imunisasi pada bayi.
  - 10) Pertumbuhan dan perkembangan bayiprematur.
  - 11) Komplikasi tertentu pada bayi baru lahir seperti : trauma intracranial, fraktur klavikula,, kematian mendadak dan hematoma.
- b. Pengetahuan tambahan
- sunat dan tindik pada bayi perempuan.
- c. ketrampilan dasar
- 1) Membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernapasan dan merawat tali pusat.
  - 2) Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
  - 3) Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR.
  - 4) Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.
  - 5) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.
  - 6) Mengatur posisi bayi pada waktu menyusui.
  - 7) Memberikan imunisasi pada bayi.

- 8) Mengajarkan pada orang tua tentang tanda-tanda bahaya dan kapan harus membawa bayi untuk meminta pertolongan medik.
- 9) Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir seperti:kesulitan bernafas/ asfiksia, hypothermia, hypoglikemi.
- 10) Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawatdaruratan apabila dimungkinkan.
- 11) Mendokumentasi temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

d. Ketrampilan tambahan

- 1) Melakukan penilaian masa gestasi.
- 2) Mengajarkan pada orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi yang normal dan asuhannya.
- 3) Membantu orang tua dan keluarga untuk memperoleh sumber daya yang tersedia di masyarakat.
- 4) Memberi dukungan pada orang tua selama masa berdukacita yang sebagai akibat bayi dengan cacat bawaan, keguguran dan kematian bayi.
- 5) Memberi dukungan pada orang tua selama bayinyadalam perjalanan rujukan diakibatkan ke fasilitas perawatan kegawatdaruratan.
- 6) Memberikan dukungan kepada orang tua dengan kelahiran ganda.
- 7) Melakukan tindik dan sunat kepada bayi perempuan.

## 7. Kompetensi ke-7

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

### a. Pengetahuan dasar

- 1) Keadaan kesehatan bayi dan anak di Indonesia meliputi ; angka kesakitan, kematian, penyebab kessakitan dan kematian.
- 2) Peran dan tanggung jawab orang tua dalam pemeliharaan bayi dan anak.
- 3) Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak normal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- 4) Kebutuhan fisi dan psiko social anak.
- 5) Prinsip dan standar nutrisi pada bayidan anak.
- 6) Prinsip-prinsipkomunikasi pada bayi dan anak
- 7) Prinsip keselamatn untuk bayi dan anak.
- 8) Upaya pencegahan penyakit pada bayi dan anak misalnya pemberian imunisasi.
- 9) Masalah-masalah yang lazim terjadi pada bayi normal, seperti: gumoh, diaperrassh dan lain-lain serta penatalaksanaan.
- 10) Penyakit-penyakit yang sering terjadi pada bayi dan anak.
- 11) Penyimpangan tumbuh kembang bayi dan anak serta penatalaksanaannya.
- 12) Bahaya-bahaya yang sering terjadi pada bayi dan anak di dalam dan di luar rumah sertaupaya pencegahannya.

13) Kegawatdaruratan pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya.

b. Ketrampilan dasar

- 1) Melaksanakan pemantuan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak.
- 2) Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia.
- 3) Melaksanakan pemberian imunisasi pada bayi dan anak.
- 4) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus sesuai dengan gejala.
- 5) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus.
- 6) Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik.
- 7) Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk dengan cepat dan tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak.
- 8) Menjelaskan pada orang tua tentang tindakan yang dilakukan.
- 9) Melakukan pemeriksaan secara berkala pada bayi sesuai dengan standard yang berlaku.
- 10) Melaksanakan penyuluhan pada orang tua pemeliharaan bayi dan anak.
- 11) Melakukan penilaian status nutrisi pada bayi dan anak.

12) Melaksanakan tindakan, kolaborasi atau merujuk secara cepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak yang mengalami cedera dan kecelakaan.

13) Mendokumentasi temuan-temuan intervensi yang dilakukan.

#### Kebidanan Komunitas

#### 8. Kompetensi ke-8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

##### a. Pengetahuan dasar

- 1) Konsep dan sasaran kebidanan komunitas.
- 2) Masalah kebidanan komunitas.
- 3) Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat.
- 4) Strategi pelayanan kebidanan komunitas.
- 5) Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas.
- 6) Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat.
- 7) Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.
- 8) Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak.

##### b. pengetahuan tambahan

- 1) Kepemimpinan untuk semua.
- 2) Pemasaran sosial.
- 3) Peran serta masyarakat.



- 4) Audit maternal perinatal.
- 5) Perilaku kesehatan masyarakat.
- 6) proram-program pemerintah yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak.
- 7) Paradigma sehat 2010.

c. Ketrampilan dasar

- 1) Melakukan pengelolaan pelayanan kehamilan, nifas, laktasi, bayi balita dan KB dimasyarakat.
- 2) Mengidentifikasi kasus kesehatan ibu dan anak.
- 3) Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
- 4) Mengelola pondok bersalin desa ( polindes)
- 5) Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita.
- 6) Melaksanakan pergerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
- 7) Melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan.
- 8) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

d. Ketrampilan tambahan

- 1) Melakukan pemantuan KIA dengan menggunakan PWS KIA.
- 2) Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi.
- 3) Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangan.
- 4) Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna.

## Asuhan pada Ibu/Wanita dengan Gangguan Reproduksi

### 9. Kompetensi ke-9

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

#### a. Pengetahuan dasar

- 1) Penyuluhan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual (PMS), HIV/AIDS.
- 2) Tanda dan gejala infeksi saluran kemih serta penyakit seksual yang lazim terjadi.
- 3) Tanda gejala dan penatalaksanaan pada kelainan ginekologi meliputi : keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

#### b. Pengetahuan tambahan

- 1) Mikroskop dan penggunaannya.
- 2) Teknik pengambilan dan pengiriman sediaan Papsmear.

#### c. Ketrampilan tambahan

- 1) Menggunakan mikroskop untuk pemeriksaan hapusan vagina.
- 2) Mengambil dan proses pengiriman sediaan Pap smear.

#### d. Ketrampilan dasar

- 1) Mengidentifikasi gangguan masalah dan kelainan-kelainan system reproduksi.
- 2) melaksanakan pertolongan pertama pada wanita/ibu dengan gangguan system reproduksi.

- 3) Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara cepat dan tepat pada wanita/ibu dengan gangguan system reproduksi.
- 4) Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada kelainan ginekologi meliputi : keputihan, perdarahantidak teratur dan penundaan haid.
- 5) Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

e. Ketrampilan tambahan

- 1) Mempersiapkan wanita menjelang klimakterium dan menopause.
- 2) memberikan pengobatan pada perdarahan abnormal dan abortus spontan (bila belum sempurna).
- 3) Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara tepat pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.
- 4) Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada gangguan system reproduksi meliputi : keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.