

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008; h. 213).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Sarwono, 2008; h. 89).

b. Terjadinya Kehamilan

Peristiwa prinsip terjadinya kehamilan, yaitu :

- a) Pembuahan/fertilisasi: bertemunya/ovum wanita dengan sel benih/ spermatozoa pria.
- b) Pembelahan sel (zigot) dari hasil pembuahan.
- c) Nidasi / implantasi zigot tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal: implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uteri). Pertumbuhan dan perkembangan zigot-embrio-janin menjadi bakal individu baru.

Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon: estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, human somatomammotropin, dan prolaktin. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal masa kehamilan, berfluktuasi kadarnya selama kehamilan. Terjadi perubahan juga pada anatomi dan fisiologi organ-organ sistem reproduksi dan organ-organ sistem tubuh

lainnya, yang dipengaruhi terutama oleh perubahan keseimbangan hormonal tersebut (Sukarni, 2013; h. 65).

c. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil menurut Sulistyawati, A (2011; h. 76-77) sebagai berikut:

1) Perubahan Psikologis Trimester I (Periode Penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk menyakinkan dirinya.
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan saksama.
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya.
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

2) Perubahan Psikologis Trimester II (Periode Kesehatan yang Baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- d) Libido meningkat.
- e) Menuntut perhatian dan cinta.
- f) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- g) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.

h) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

3) Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian dengan Penuh Kewaspadaan)

a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.

b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.

c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.

e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.

f) Merasa kehilangan perhatian.

g) Perasaan mudah terluka (sensitif).

h) Libido menurun.

d. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan menurut Nanny, V (2011; h. 111-112) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1) Tanda tidak pasti kehamilan

a) *Amenorea*

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung menggunakan rumus dari Naegele yaitu TTP (hari pertama HT +7) dan (bulan HT +3).

b) Mual dan muntah (nausea and vomiting)

Biasanya terjadi pada bulan - bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Oleh karena sering terjadi pada pagi hari, maka disebut *morning sickness*. Bila mual dan muntah terlalu sering disebut *hiperemesis*.

- c) Mengidam (ingin makanan khusus)
Ibu hamil sering meminta makanan/minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama; tidak tahan suatu bau-bauan.
- d) Pingsan
Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat bisa pingsan.
- e) Tidak ada selera makan (anoreksia)
Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.
- f) Lelah (*fatigue*)
- g) Payudara
Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar.
- h) Miksi
Miksi/BAK sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin .
- i) Konstipasi/obstipasi
Konstipasi terjadi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.
- j) Pigmentasi kulit
Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (*chloasma gravidarum*), aerola payudara, leher, dan dinding perut(*linea nigra=grisea*).
- k) Epulis atau dapat disebut juga hipertrofi dari papil gusi.
- l) Pemekaran vena-vena (*varises*)
Pemekaran vena-vena (*varises*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva. Keadaan ini biasanya dijumpai pada triwulan akhir.

2) Tanda kemungkinan kehamilan menurut Nanny, V (2011; h. 112-114)

a) Perut membesar

b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari rahim.

c) Tanda *Hegar*

Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain.

d) Tanda *Chadwick*

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan

e) Tanda *Piscaseck*

Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris.

f) Tanda *Braxton-Hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda *Braxton-Hicks* tidak ditemukan.

g) Teraba *ballotement*

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

h) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

3) Tanda pasti kehamilan menurut Nanny, V (2011; h. 111)

a) Gerakan janin yang dapat dilihat/dirasa/diraba, juga bagian-bagian janin.

b) Denyut jantung janin

- (1) Didengar dengan stetoskop-monoral Laennec
- (2) Dicatat dan didengar dengan alat doppler
- (3) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
- (4) Dilihat pada ultrasonograf.

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen

e. Standar pelayanan kehamilan (ANC)

Menurut Kaslam, dkk (2012; h. 6-12) menyebutkan bahwa dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status Gizi (Ukur lingkar lengan atas/LILA)
4. Ukur Tinggi fundus uteri
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining Status Imunisasi dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan
7. Beri Tablet tambah darah (tablet besi)
8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana/penanganan kasus
10. Temu wicara (konseling)

f. Masa-masa kehamilan

Masa kehamilan dibagi menjadi tiga periode atau trimester, masing-masing selama 13 minggu. Trimester membantu pengelompokan tahap perkembangan janin dan tubuh ibu sebagai berikut:

a) Trimester pertama

Periode sebagai penyesuaian terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Ada beberapa ketidaknyamanan pada trimester pertama seperti kelemahan, perubahan nafsu makan, kepekaan emosional, semua ini dapat mencerminkan konflik dan depresi yang dialami dan pada saat bersamaan

hal-hal tersebut menjadi pengingat tentang kehamilannya (Sukarni, 2013; hal, 71-72)

b) Trimester kedua

Periode kesehatan yang baik, dimana wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Trimester kedua terbagi atas dua fase yaitu praquickening dan pasca-quickening. Quickening menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya. Pada trimester kedua mulai terjadi perubahan pada tubuh. Janin mulai aktif bergerak pada periode ini (Sukarni, 2013: hal, 74).

c) Trimester ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan (Sukarni, 2013; hal, 74).

g. Tanda – Tanda Dini Bahaya / Komplikasi Ibu dan Janin Masa Kehamilan Menurut Silistyawati, A (2011; hal, 128) sebagai berikut:

- 1) Perdarahan per vaginam
- 2) Sakit kepala hebat
- 3) Masalah penglihatan
- 4) Bengkak muka atau tangan
- 5) Nyeri abdomen yang hebat
- 6) Bayi kurang bergerak seperti biasa

2. Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Beberapa pengertian lain dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinaan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Asri, D 2012; h, 1).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (*labor*) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta,dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah, 2008; h, 1).

Adapun bentuk persalinan sebagai berikut:

- a) Persalinan spontan, bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b) Persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c) Persalinan anjuran (*partus presipitatus*) (Manuaba, 2010: hal, 164).

b. Proses terjadi persalinan

Dalam proses terjadinya persalinan ada dua hormone yang dominann saat hamil, yaitu:

- 1) Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, dan rangsangan mekanis.

- 2) Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Manuaba, 2010; hal, 166-167).

Permulaan terjadinya persalinan dari penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim menyebabkan:

- 1) Turunnya kepala, masuk pintu atas panggul terutama pada primigravida minggu ke-36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, di atas simfisi pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- 2) Perut lebih melebar karena fundus uteri turun
- 3) Muncul saat nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu)
- 4) Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim
- 5) Terjadi pengeluaran lendir, lendir penutup serviks dilepaskan (Manuaba, 2010; hal, 167-169).

c. Faktor Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah

1. Power (Tenaga yang mendorong anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

(1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

(2) Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri

(3) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

b) Tenaga mengejan :

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

(3) Paling efektif saat kontraksi kontraksi/his

2. Passage(panggul)

Terdiri dari bagian tulang panggul, bagian pelvis minor, bidang panggul

3. Passenger (Fetus)

- a) Akhir minggu ke 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16 – 20 minggu.
- d) Djj mulai terdengar minggu 18/10
- e) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50cm
- f) Berat rata-rata janin laki 3400 gram, perempuan 3150 gram
- g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama.

4. Plasenta

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim

5. Psychologic

Psychologic adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping (Asri, D 2012; h, 2-13).

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi dalam empat kala yaitu:

1. Persalinan kala 1

Pada kala 1 persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase kala 1 persalinan terdiri dari fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules; fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10cm, fase pembukaan dibagi 2 fase yaitu fase laten :

berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif: dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan jadi lambat kembali dalam 2 jam pembukaan dari 9 menjadi lengkap. Lama kala 1 untuk primigravida berlangsung 2 jam dengan pembukaan 1 cm perjam dalam pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm perjam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala 1 yaitu: ketuban pecah dini, tali pusat menubung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri (Yulianti, L 2009; h, 5-6).

a) Tanda bahaya persalinan kala I

1. Tekanan darah $>140/90$ mmHg, rujuk ibu dengan membaringkan ibu miring kiri sambil diinfus dengan larutan D5 %.
2. Temperatur $>38^{\circ}\text{C}$, beri minum banyak, beri antibiotik, rujuk
3. DJJ <100 atau >160 x/menit, posisi ibu miring ke kiri, beri oksigen, rehidrasi, bila membaik diteruskan dengan pantauan partograf, bila tidak membaik rujuk.
4. Kontraksi <2 kali dalam 10 menit berlangsung <40 detik, atur ambulasi, perubahan posisi tidur, kosongkan kandung kencing, stimulasi puting susu, memberi nutrisi, jika partograf melebihi garis waspada rujuk.
5. Servik, melewati garis waspada beri hidrasi, rujuk.
6. Cairan amnionitic bercampur mekonium/darah/berbau beri hidrasi, antibiotika, posisi tidur miring ke kiri dan rujuk.
7. Urine, volume sedikit dan kental, beri minum banyak.

2. Persalinan kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali.

Tanda dan gejala persalinan kala II :

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- 2) Ibu merasakan ada perbandingan tekanan pada rectum/ vagina
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva vagina, spinter ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir darah (Sukarni, 2013; h, 219-220).

3. Persalinan kala III

1. His pelepasan uri
2. Tanda pelepasan plasenta yaitu Uterus menjadi bundar, Perdarahan sekonyong-konyong, Tali pusat yang lahir memanjang, Fundus uteri naik
3. Perdarahan dianggap patologis bila melebihi 500 cc terdiri dari pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta
4. Sebab-sebab pelepasan plasenta :
 - a) Pengecilan rahim yang sekonyong-konyong akibat retraksi dan kontraksi otot-otot rahim : perlekatan plasenta sangat mengecil
 - b) Di tempat plasenta lepas hematoma: plasenta terangkat dari dasarnya (Asri, D 2012; h, 90).

4. Persalinan kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, lacerasi jalan lahir, sisa plasenta (Yulianti, L 2009; hal, 7).

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

- a) Tingkat kesadaran penderita
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc (Sumarah, 2008; h, 5-8).

e. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai drajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2009; h, 335).

f. Tanda-tanda Mulainya Persalinan

Tanda dan gejala menjelang persalinaan antara lain: perasaan distensi berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinaan palsu, ketuban pecah, blood show, lonjakan energi, gangguan pada saluran cerna.

1) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinaan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis *minor*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun.

2) Perubahan serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas braxton hicks. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinaan.

3) Persalinaan palsu

Persalinaan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi pada persalinaan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan.

4) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala 1 persalinaan. Apabila terjadi sebelum akan persalinaan, disebut ketuban pecah dini.

5) *Bloody show*

Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita seringkali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali disangka tali pusat yang lepas. *Blody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 jam sampai 48 jam (Asri D 2012: h, 22-25).

g. Asuhan Persalinan Normal

58 langkah asuhan persalinan normal

- 1) Memastikan adanya tanda kala II
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa ada tekanan yang meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka
- 2) Memastikan kelengkapan partus set dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dengan tambahan :
 - a) Menggelar kain di atas perut ibu
 - b) Menyiapkan oksitosin dan alat suntik steril
- 3) Memakai alat pelindung diri
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan dan mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir
- 5) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan VT
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan menggunakan tangan yang memakai sarung tangan
- 7) Melakukan vulva hygiene
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam (VT)
- 9) Mendekontaminasikan sarung tangan yang telah dipakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 10) Memeriksa denyut jantung janin
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap

- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi serta ibu dalam keadaan mengejan
- 13) Melaksanakan bimbingan untuk meneran ketika ada kontraksi
- 14) Menganjurkan ibu untuk berbaring miring ke kiri jika belum ada dorongan meneran
- 15) Meletakkan handuk bersih di perut ibu apabila kepala bayi telah membuka dengan diameter 5-6 cm
- 16) Meletakkan 1/3 kain (underpad) bersih di bawah bokong ibu
- 17) Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapannya
- 18) Memakai sarung tangan DTT
- 19) Melakukan tindakan setelah kepala nampak 5-6 cm membuka vulva, melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan yang lain (kiri) menahan kepala bayi agar mampu mengatur laju defleksi supaya tidak terlalu cepat, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar
- 22) Menggerakkan atau memegang secara biparietal setelah adanya putaran paksi luar dengan cara gerakan kepala ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan kemudian gerakan ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Menggeser tangan bawah ke arah perineum untuk menyangga kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan serta siku sebelah atas
- 24) Melakukan penelusuran sebelah tubuh dan lengan bayi lahir, berlanjut ke punggung bokong, tungkai serta kaki, memegang kedua mata kaki
- 25) Melakukan penilaian bayi sepiantas
- 26) Mengeringkan dan memposisikan tubuh bayi di atas perut ibu
- 27) Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan janin tunggal
- 28) Memberitahu pada ibu bahwa akan disuntik oksitosin

- 29) Menyuntikkan oksitosin dalam waktu satu menit setelah bayi lahir di 1/3 paha atas distal lateral
- 30) Menjepit tali pusat menggunakan klem dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir dengan jarak 3 cm dari umbilicus bayi, sisi luar klem dorong tali pusat (pijat) kearah ibu dan lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama
- 31) Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat
- 32) Melakukan IMD dengan prinsip skin to skin
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga bejarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu di tepi atas simpisis dan tangan kanan melakukan penegangan tali pusat
- 36) Menegangkan tali pusat setelah uterus kearah belakang- atas (dorsokranial) secara hati-hati
- 37) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta lepas
- 38) Melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat plasenta muncul di introitus vagina, pegang dengan kedua tangan dan putar hingga selaput ketuban terpinil
- 39) Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir selama 10 detik
- 40) Memeriksa kelengkapan plasenta bagian fetal dan maternal serta tidak ada bagian yang tertinggal
- 41) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 43) Memberi cukup waktu untuk kontak kulit ibu dengan bayi
- 44) Melakukan penimbangan / pengukuran bayi, memebrikan salep mata dan suntik vitamin K
- 45) Memberikan suntikan imunisasi hepatitis B 1 jam setelah vitamin K

- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, yaitu :
 - a) 2-3x dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - b) 15 menit pada satu jam kedua pasca persalinan
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua psaca persalinan
- 47) Mengajarjan ibu dan keluarga cara melakukan masase uteus dan menilai kontraksi
- 48) Mengevaluasi dan estimasi jumlah perdarahan/ kehilangan darah
- 49) Memantau kontraksi uterus jumlah perdarahan,TFU,TD,Nadi setiap 15 menit pada jam pertama post partum serta setiap 30 menit, pada jam kedua post partum dan mengukur suhu setiap 2 jam
- 50) Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik(40-60x/menit) serta suhu normal (36,5-37,5 derajat Celcius)
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk didekontaminasi selama 10 menit cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasikan
- 52) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 53) Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir darah, dan memastikan ibu dalam keadaan bersih dan nyaman
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman, memantau ibu dalam pemberian ASI dan menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman kepada ibu dan makanan yang diinginkan
- 55) Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%
- 57) Mencuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir
- 58) Melengkapi partograf

h. Komplikasi dalam persalinan

1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda dikenal beberapa istilah sesuai dengan pertimbangan masing-masing, tetapi setiap kali kita melihat terjadinya perdarahan pada kehamilan kita harus selalu berfikir tentang akibat dari perdarahan ini yang menyebabkan kegagalan kelangsungan kehamilan itu sendiri (Sarwono, 2009; hal, 459).

2) Persalinan/ Kelahiran Prematur

Persalinan prematur adalah persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37 (Varney, 2008; hal, 782).

3) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini dapat secara teknis didefinisikan sebagai pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memerhatikan usia gestasi. Ketuban pecah lebih dari 24 jam sebelum kelahiran disebut ketuban pecah memanjang (Varney, 2008; hal, 788).

4) Luka di jalan lahir

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perluan jalan lahir. Perluan jalan lahir terdiri dari :

1. Robekan perineum

a. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Penyebab robekan perineum yaitu kepala janin, persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya, jaringan parut pada perineum, dan distosia bahu

b. Robekan serviks

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9 , bibir depan dan bibir belakang servik dijepit dengan klem fenster kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung untuk menghentikan

perdarahan. Penyebab robekan serviks yaitu *partus presipitatus*, trauma karena pemakaian alat-alat operasi, melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap, partus lama

c. Ruptur Uteri: Menurut Sarwono (2009; hal, 515) ruptur uteri bisa disebabkan oleh anomali atau kerusakan yang telah ada sebelumnya, karena trauma, atau sebagai komplikasi persalinan pada rahim yang masih utuh. Pasien yang beresiko tinggi antara lain persalinan yang mengalami distosia, grandemultipara, penggunaan oksitosin atau prostaglandin untuk mempercepat persalinan, pasien hamil yang pernah melahirkan sebelumnya melalui bedah sesar atau operasi lain pada rahimnya.

d. Derajat laserasi jalan lahir Menurut Sumarah (2008; hal, 165)

4) Derajat I : mukosa vagina, kulit perineum

5) Derajat II : mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum

6) Derajat III : mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna

7) Derajat IV : mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rektum anterior

2. Penatalaksanaan medis robekan perineum yang melebihi tingkat 1 harus dijahit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir, tetapi apabila ada kemungkinan plasenta lahir, tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual, lebih baik tindakan itu ditunda sampai menunggu plasenta lahir. Dengan penderita berbaring secara litotomi dilakukan pembersihan luka dengan cairan antiseptik dan luas robekan ditentukan dengan seksama (Sumarah, 2008; hal, 158).

3. Masa Nifas (*Puerperium*)

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan

pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Sarwono, 2009; h, 356).

Menurut Anggraini, Y (2010: hal, 1) menyebutkan bahwa masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
2. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
3. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bilamana perlu
4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus
6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sulistyawati, A 2009; hal, 2-3).

c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas ini, antara lain sebagai:

- 1) Teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat krisis masa nifas.
- 2) Pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga
- 3) Pelaksana asuhan kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan, dan deeksi dini komplikasi masa nifas (Sulistyawati, A 2009; h, 4).

d. Tahapan masa nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap:

1) *Puerperium dini*

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) *Puerperium intermediate*

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu

3) *Puerperium remote*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Nanny, V 2011; hal, 4).

e. Perubahan psikologi masa nifas

Menurut Sulistyawati, A (2009; hal, 87-89) adaptasi psikologi masa nifas di kelompokkan menjadi 3 fase yaitu:

1) Periode "*Taking In*"

b) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

c) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.

d) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.

e) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

f) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan

leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi para bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

2) Periode "*Taking Hold*"

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata "jangan begitu" atau "kalau kayak gitu salah" pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibat ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.

3) Periode "*Letting Go*"

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi

yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.

c) Depresi postpartum umumnya terjadi pada periode ini.

f. Kunjungan masa nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Frekuensi kunjungan masa nifas yaitu:

1.) Kunjungan pertama 6-8 jam pasca persalinan

Tujuan:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana pencegahan perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

Catatan: Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2.) Kunjungan kedua 6 hari pasca persalinan

Tujuan:

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau.
- b) Menilai adanya tanda infeksi, demam atau perdarahan abnormal
- c) Memastikan ibu mendapatkan gizi cukup, cairan dan insirahat

d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari

3.) Kunjungan ketiga 2 minggu pasca persalinan

Tujuan: Sama seperti pada kunjungan 6 hari setelah persalinan

4.) Kunjungan keempat 6 minggu pasca persalinan

Tujuan:

a) Menanyakan pada ibu mengenai penyulit-penyulit yang dialami oleh ibu maupun bayi

b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini (Nanny V, 2011; h, 4 – 5).

g. Perubahan fisiologi masa nifas

1.) Perubahan involusi uteri

a) Proses involusi uteri

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat besar uterus kira-kira sama dengan berat uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram (Anggraini, Y 2010; hal, 32). Menurut Sulistyawati, A (2009; hal, 74) menjelaskan mengenai tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut involusi sebagai berikut :

Tabel 2.1 Masa involusi (Sulistyawati A, 2009)

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Kala III	Dua jari dibawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50gram

b) Servik

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks

postpartum adalah bentuk servik yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah (Nanny, V 2011; h, 58).

c) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema (Varney, 2008 ; h, 960).

d) *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lokia terdiri atas eritrosit, pengeluaran desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran *lochea* dapat di bagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut:

a) *Lochea Rubra*/merah (kruenta)

Lokia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masapostpartum. Sesuai dengan namanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokia ini terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah (Nanny, V 2011; h, 58).

b) Lochea sanguilenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 post partum (Sulistyawati, A 2009; h, 76).

c) Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lochea ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta (Nanny V, 2011; h, 59).

d) Lochea alba

Lochea ini muncul pada >14hari berlangsung 2-6 postpartum, warnanya putih. Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (Anggraini, Y 2010; h, 38).

h. Komplikasi pada masa nifas

1) Perdarahan

Menurut Nanny, V (2011; h, 107) perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Sedangkan Menurut Manuaba (2010; h, 418) menyebutkan bahwa perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama merupakan perdarahan kala nifas sekunder.

2) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Cara terjadinya infeksi ini yaitu karena manipulasi penolong yang tidak suci hama, atau pemeriksaan dalam yang berulang-ulang dapat membawa bakteri yang sudah ada ke dalam rongga rahim, alat-alat yang tidak suci hama, infeksi droplet, sarung tangan dan alat-alat terkena infeksi kontaminasi yang berasal dari hidung, tenggorokan dari penolong dan pembantunya atau orang lain (Sofian, A 2011; h, 281).

- i. Efektivitas asuhan masa nifas
 - a) Ibu *postpartum* mengalami pemulihan fisiologis tanpa komplikasi
 - b) Ibu *postpartum* menyebutkan pengetahuan dasar yang akurat mengenai cara menyusui
 - c) Ibu *postpartum* mendemonstrasikan perawatan yang tepat untuk diri dan bayinya
 - d) Ibu berinteraksi positif terhadap satu sama lain (bayi dan anggota keluarga yang lain)

j. Ketidaknyamanan fisik dalam masa nifas

Menurut Varney (2008; h, 974-977) terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distres fisik yang bermakna.

1) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan *tonus* otot *uterus* secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten (sebentar-bentar). Berbeda pada wanita *primipara* yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi *oksitosin* oleh *hipofise posterior*. Pelepasan *oksitosin* tidak hanya memicu *refleks let down* (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika *uterus* tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi *uterus* ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi *uterus* lebih nyeri.

2) Keringat berlebih

Wanita *postpartum* mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan *interstisial* yang disebabkan oleh peningkatan

normal cairan *intraselular* selama kehamilan. Cara mengurangnya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan *vaskularitas* dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan *kongesti* lebih lanjut karena stasis *limfatik* dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri *perineum*

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat *laserasi* atau luka *episiotomi* dan jahitan *laserasi* atau *episiotomi* tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa *perineum* untuk menyingkirkan komplikasi seperti *hematoma*. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi *bowel* jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan *bowel* pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya *abdomen* dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan *perineum* derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

k. Tehnik pemulihan dari ketidaknyamanan fisik dalam masa nifas menurut Varney (2008; h, 974-979)

1) Nyeri setelah melahirkan

Beberapa wanita merasa nyerinya cukup berkurang dengan mengubah posisi tubuhnya menjadi telungkup dengan meletakkan bantal atau gulungan selimut di bawah abdomen. Kompresi *uterus* yang konstan pada posisi ini dapat mengurangi kram secara signifikan. Analgesia efektif bagi sebagian besar wanita yang kontraksinya sangat nyeri, seperti *tylenol*, *ibuprofen*.

2) Keringat berlebih

Keringat berlebihan selama masa nifas dapat dikurangi dengan cara menjaga kulit tetap bersih, kering dan menjaga hidrasi yaitu minum segelas air setiap satu jam pada kondisi tidak tidur.

3) Pembesaran payudara

Bagi ibu yang tidak menyusui:

1. Tindakan untuk mengatasi nyeri bergantung pada apakah ibu menyusui atau tidak. Bagi ibu yang tidak menyusui, tindakan ini ditujukan untuk pemulihan ketidaknyamanan dan penghentian laktasi.
2. Menggunakan BH yang menyangga payudara
3. Kompres es yang ditujukan untuk membatasi aliran darah dan menghambat produksi air susu
4. Penggunaan *analgesik*
5. Memberikan dukungan pada ibu bahwa ini adalah masalah sementara

4. BBL (Bayi Baru Lahir)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Nanny, V 2010; h, 1).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram (Nanny, V 2010; h, 1).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram

3. Panjang badan 48 -52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan Perawatan bbl 11-12cm
7. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
8. Pernapasan \pm 40-60 x/menit
9. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR>7
13. Gerak aktif
14. Bayi baru lahir langsung menangis kuat
15. Reflek *rooting*(mencari putung susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
17. Reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek *grasping* (menggenggam) sudah baik
19. Genetalia
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada srotum dan penis yang berlubang.
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

Tabel 2.2.Apgar Skor (Nanny, A. 2010)

Tanda	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	Kurang dari 100/menit	Lebih dari 100/menit
Usaha nafas	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis
Tonus otot	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Refleksi	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Warna	Biru/pucat	Tubuh kemerahan ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

- c. Sirkulasi bayi terdiri dari 3 fase yaitu :

(1) Fase *intaruterin* dimana janin sangat tergantung pada plasenta

(2) Fase *transisi* yang dimulai segera setelah lahir dan tangisan pertama

(3) Fase dewasa yang umumnya berlangsung secara lengkap pada bulan pertama kehidupan

d. Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

1. *Termoregulasi*

Bayi baru lahir mudah stress karena perubahan suhu lingkungan. Bidan harus meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir yang masih basah. Faktor-faktor yang mempercepat kehilangan panas pada bayi baru lahir: daerah permukaan tubuh bayi yang luas, tingkat insulasi lemak subkutan berbeda-beda, derajat fleksi otot.

Bayi baru lahir kehilangan panas melalui empat mekanisme: *konveksi, konduksi, radiasi, evaporasi*. Metode melindungi panas:

- a) Hangatkan terlebih dahulu selimut, topi, pakaian
- b) Hangatkan terlebih dahulu area resusitasi
- c) Segera keringkan bayi
- d) Ganti selimut yang basah setelah mengeringkan bayi
- e) Atur suhu ruang kelahiran 24 derajat Celcius
- f) Jangan lakukan pengisapan bayi dengan alas yang basah
- g) Tunda memandikan bayi hingga suhunya stabil selama dua jam
- h) Pilih tempat perawatan bayi baru lahir dari jendela, dinding luar atau pintu masuk (Kriebs, 2010; h, 464).

2. *Hipotermia*

Gejala *hipotermia* mungkin samar-samar, termasuk takipnea dan takikardi. Bayi baru lahir yang mengalami hipotermia harus di evaluasi untuk mengetahui terjadinya hipoglikemia dan hipoksia. Butuh waktu beberapa janin untuk menghangatkannya kembali. Proses menghangatkan bayi secara cepat dapat menimbulkan apnea (Kriebs, 2010; h, 464).

e. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal

1. Cara memotong tali pusat

- 1) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat kearah ibu lalu memasang klem ke 2 dengan jarak 2 cm dari klem.
- 2) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem
- 3) Mengikat tali pusat dengan jarak kurang lebih 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kasa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.
- 4) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikan kepada ibu.

2. Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

- 1) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir
Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena kontrol suhunya belum sempurna.
- 2) Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan terungkup diatas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.
- 3) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil
Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan \pm 24 jam setelah

kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL beresiko yang berat badannya kurang dari 2500 gram atau keadaannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik.

4) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir.

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi, dan konveksi.(Nanny,V 2010; h, 3-4).

f. Pemeriksaan neurologi

Mata meliputi reflek pupil, reflek merah, reflek mata boneka, reflek mengedip, ekstermitas atas seperti reflek menggenggam dan ekstermitas bawah seperti reflek patella, reflek telapak kaki, reflek babinski. Torso untuk membuka dan menutupnya anus, reflek leher tonik.

Reflek yang tidak ada, berkurang secara mencolok, atau meningkat harus dicatat pada format pemeriksaan fisik: reflex yang asimetris juga harus dicatat. Reflek morro, atau reflex memeluk:

- a) Simetris, hilang dalam 2 hingga 4 bulan
- b) Terutama terdiri atas abduksi dan ekstensi lengan dengan tangan terbuka dan ibu jari serta jari telunjuk setengah fleksi membentuk huruf C
- c) Gerakan tungkai dapat terjadi, tetapi tidak seragam gerakan lengan.
- d) Seiring kembalinya lengan kearah tubuh, bayi bisa rileks ataupun menangis

g. Rencana asuhan untuk beberapa hari pertama

Rencana asuhan bayi baru lahir meliputi observasi yang kontinu, perencanaan perawatan fisik, pemberian makan, pengkajian eliminasi, pemeriksaan darah, tes skrining dan pengobatan. Bidan harus mengobservasi tanda-tanda yang menunjukkan bahwa ibu dan anggota keluarga yang lain siap mengemban tanggung jawab untuk mengasuh bayi.

h. Asuhan pada bayi baru lahir

a. Asuhan pada bayi usia 6-48 jam

Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat badan, suhu, pola nutrisi, periksa tanda bahaya, periksa tanda infeksi, pastikan ibu memberikan ASI eksklusif, jaga kebersihan dan kehangatan bayi.

b. Asuhan pada bayi usia 3-7 hari

1. Pengkajian fisik bayi baru lahir

Pada pemeriksaan fisik bayi bisa dimulai dari

a. Pemeriksaan umum

1) Pernafasan

Pernafasan normal pada bayi 30 – 60 kali permenit, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak merintih (Muslihatun, 2010; h, 31).

2) Warna kulit

Warna kulit bayi aterm terlihat lebih pucat dan tebal dari bayi preterm (Muslihatun, 2010; h, 31).

3) Denyut jantung

Denyut jantung bayi normal yaitu 100 – 160 kali permenit (Muslihatun, 2010; h, 31).

4) Suhu

Suhu normal bayi 36,5 °C – 37,5°C (Muslihatun, 2010; h, 31).

5) Gerakan

Gerakan ekstremitas bayi harus secara spontan dan simetris disertai dengan gerakan sendi penuh, pada bayi kecil ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi normal dapat sedikit gemetar (Muslihatun, 2010; h, 32).

6) Tonus otot/tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran bayi mulai dari diam hingga sadar penuh (Muslihatun, 2010; h, 32).

7) *Ekstremitas*

Pada ekstremitas perlu diperiksa gerakan, reaksi saat disentuh dan pembengkakan (Muslihatun, 2010; h, 32).

8) Kulit

Periksa warna kulit, vernik kaseosa dan kelainan yang dapat timbul pada kulit bayi (Muslihatun, 2010; h, 32).

9) Tali pusat

Tali pusat normal berwarna putih kebiruan dan mulai kering, mengkerut, kecil dan lepas pada hari ke 7 – 10 (Muslihatun, 2010; h, 32).

10) Berat badan

Berat badan bayi normal 2500 – 4000 gram (Muslihatun, 2010; h, 32).

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Kepala diperiksa ubun – ubun besar, ubun – ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematom, hidrocephalus, kemudian rambut (Muslihatun, 2010; h, 33).

2) Mata

Diperiksa ukuran, bentuk, kornea dan kelainan mata (Muslihatun, 2010; h, 32).

3) Telinga

Bentuk, simetris serta fungsi pendengaran (Muslihatun, 2010: hal, 32).

4) Hidung

Bentuk, pola pernafasan dan kebersihan (Muslihatun, 2010; h, 32).

5) Mulut

Bentuk, mukosa mulut kering/ tidak, lidah, reflek hisap (Muslihatun, 2010; h, 32).

6) Leher

Bentuk, ada tidaknya pembengkakan dan benjolan kelenjar tyroid (Muslihatun, 2010; h, 32).

7) Lengan

Gerakan, jumlah jari dan adanya kelainan (Muslihatun, 2010; h, 32).

8) Dada

Bentuk, puting susu, gangguan pernafasan, auskultasi bunyi jantung dan pernafasan (Muslihatun, 2010; h, 32).

9) Abdomen

Tali pusat, kelainan pada perut, palpasi hati dan ginjal (Muslihatun, 2010; h, 32).

10) Genetalia

Laki – laki: panjang penis, testis, orifisium uretra, ataupun kelainan, sedangkan pada perempuan labia mayora dan minora, klitoris, vagina, uretra, secret dan kelainan (Muslihatun, 2010; h, 33).

11) Kaki

Gerakan, bentuk, jumlah jari (Muslihatun, 2010; h, 33).

12) Anus

Lubang anus, fungsi spinter ani (Muslihatun, 2010; h, 33).

13) Punggung

Bentuk punggung dan kelainan (Muslihatun, 2010; h, 33).

14) Pemeriksaan kulit

Vernik kaseosa, lanugo, warna, oedem, bercak, tanda lahir dan kelainan (Muslihatun, 2010; h, 33).

15) Reflek

Berkedip, babinski, merangkak, menghisap, menggenggam, tonic neck (Muslihatun, 2010; h, 33).

16) Antropometri

Berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut dan lingkaran lengan atas (Muslihatun, 2010; h, 33).

17) Eliminasi

Kaji fungsi ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah, bayi baru lahir biasanya BAK lebih dari 6 kali sehari dan BAB 6–8 kali sehari (Muslihatun, 2010; h,

33).

18) Pemeriksaan laboratorium

(a) Darah

Hb 14 – 22 gr/ dl, hematokrit 43 – 63 %, eritrosit 4.2 – 6 jt/mm³, leukosit 5000 – 30000 /mm³
(Muslihatun, 2010; h, 34).

(b) Cairan otak

Warna 90 – 94 % kekuning – kuning jernih
(Muslihatun, 2010; h, 33).

b) Asuhan bayi usia 8 – 28 hari

Peran bidan pada bayi sehat, tujuan kunjungan ulang bayi baru lahir yaitu:

- a. Identifikasi gejala penyakit
- b. Memberikan KIE
- c. Mengkaji ulang riwayat ibu, riwayat persalinan dan tindakan segera pada bayi.
- d. Adaptasi bayi baru lahir
- e. Pengkajian pol nutrisi, eliminasi dan pola kebutuhan sehari – hari lainnya.
- f. Melakukan pemeriksaan fisik, dan penyuluhan serta kunjungan ulang (Muslihatun, 2010; h, 51).

2. *Bonding attachment*

a. Pengertian

Menurut Klaus, kenell bonding attachment adalah ikatan orang tua terhadap anaknya dapat terus berlanjut bahkan selamanya walaupun dipisahkan oleh jarak dan waktu.

b. Tahapan *bonding attachment*

- 1) Perkenalan dengan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan membentuk sebuah ikatan
- 2) Keterikatan
- 3) Perasaan sayang

c. Elemen bonding attachment : sentuhan, kontak mata, suara, aroma, entertainment, kontak dini.

3. Penampilan dan perilaku bayi baru lahir

a. Kulit

Saat bayi lahir warna kulit kebiruan, lalu kemerahan setelah bayi menangis kuat. Dan waspadai adanya kelainan (Muslihatun, 2010; h, 36).

b. Kepala

Hari –hari pertama berbentuk bulat dan lihat adanya kelainan (Muslihatun, 2010; h, 36).

c. Telinga

Bentuk telinga kadang tidak sama antara kanan dan kiri (Muslihatun, 2010; h, 36).

d. Bibir

Bibir bayi akan terlihat kering untuk sementara waktu karena terjadi gesekan antara bibir dengan aerola (Muslihatun, 2010; h,36).

e. Payudara

Pembesaran dada dapat terjadi pada bayi laki –laki maupun perempuan disebabkan oleh adanya hormone ibu, tetapi ini dapat hilang dalam beberapa hari/minggu (Muslihatun, 2010; h, 36).

f. Alat kelamin

Pada bayi perempuan premature mempunyai klitoris menonjol labia atau bibir vagina yang mendalam dan pada bayi perempuan dapat mengeluarkan mucus kemerahan dari vagina dalam minggu pertama. Sedangkan pada bayi laki – laki premature skrotum tidak rata dan halus dengan testis yang belum turun(testis turun sebelum usia 6 bulan) sedangkan pada bayi laki – laki cukup bulan terdapat garis – garis pada skrotum dan testis sudah turun (Muslihatun, 2010; h, 37).

c. KB (Keluarga Berencana)

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan.

b. Bagi pasangan yang berencana membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB yang metode sederhana (kondom, spermisid, koitus interruptus (senggama terputus), pantangan berkala) dan metode efektif dengan hormonal (pil KB: progesterone only pill, pil KB kombinasi, pil KB sekuensial, after morning pil; suntikan KB; depoprovera setiap 3 bulan).

1. KB Metode Sederhana

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan yang telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual (Afandi, 2012; h, MK-17).

Keuntungan adalah efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda. Sedangkan kerugiannya adalah efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung), pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali

berhubungan seksual, beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Afandi, 2012: h, MK-18 – MK-19).

b) Pantang berkala

Syarat utama metode pantang berkala adalah patrun menstruasi teratur dan kerjasama dengan suami. Metode pantang berkala mempunyai kegagalan tinggi apabila patrun menstruasi tidak teratur. Patrun menstruasi yang teratur penting diketahui untu menentukan masa subur wanita. Dengan diketahuinya masa subur wanita pantang berkala dapat digunakan untuk mencegah proses fertilisasi (pembuahan) antara ovum dan sperma. Metode pantang berkala dikenal dengan dua sistem yaitu menggunakan sistem kalender dan menggunakan penilaian suhu basal tubuh (Manuaba, 2010; h, 594).

2. KB metode efektif

a. Kontrasepsi hormonal

- 1) Susunan Pil kontrasepsi berisi esterogen yang banyak digunakan untuk pil kontrasepsi ialah etinil estradiol dan mestranol.
- 2) Pil Kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang sampai saat ini dianggap paling efektif. Selain mencegah terjadinya ovulasi, pil juga mempunyai efek lain terhadap traktus genitalis, seperti menimbulkan perubahan – perubahan paada lendir serviks, sehingga menjadi kurang banyak dan kental yang mengakibatkan sperma tidak dapat masuk ke dalam kavum uteri.
- 3) Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron. Boleh digunakan pada pasien yang usia reproduksi, anemia, haid teratur,, nyeri haid hebat, memeberikan ASI > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui serta ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi. Mencegah ovulasi dan mempunyai kerugian awal pemakaian mual, pusing, nyeri

payudara. Keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua dan ketiga (Handayani, 2010; h, 106-108).

4) Suntik Progestin/ Progestin-Only Injectable (PICs)

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesteron. Ada dua jenis yaitu Depo Medroxyprogesterone Asetat, Depo-Provera (DMPA) berisi 150 mg yang diberikan setiap 3 bulan dan Noristerat (NET-EN) berisi 200 mg yang diberikan setiap 2 bulan. Boleh digunakan pada pasien yang sedang dalam masa nifas dan tidak sedang menyusui, sedang menyusui selama 6 minggu atau lebih masa nifas, pasca aborsi.

Kontra indikasi pada pasien yang menderita tekanan darah (180/110), menderita penyakit jantung, menderita tumor hati, diabetes selama >20 tahun. Waktu penyuntikan hari ke 1 sampai 7 dari siklus haid, setiap saat selama siklus haid. Manfaat cepat efektif selama < 24 jam jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid (Handayani, 2010; h, 111-114).

5) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic-silicone dan disusukkan di bawah kulit. Mekanisme Kerja dari kontrasepsi AKBK yaitu: Mengentalkan lendir serviks uteri sehingga menyulitkan penetrasi sperma, Menimbulkan perubahan – perubahan pada endometrium sehingga tidak cocok untuk implantasi zigot, dan menghalangi terjadinya ovulasi.

Waktu pemasangan yang paling baik dalam pemasangan AKBK adalah sewaktu haid berlangsung atau masa pra ovulasi dari siklus haid, sehingga dapat menghindari adanya kehamilan.

6) AKDR (Alat Kontrasepsi dalam lahir) adalah memasukan benda – benda atau alat – alat ke dalam uterus dengan tujuan untuk mencegah kehamilan. Efek Samping AKDR adalah perdarahan (Yang terjadi sedikit– sedikit dan cepat

berhenti. Apabila setelah pemasangan mengalami perdarahan yang banyak maka lakukan pelepasan AKDR, asa nyeri dan kejang di perut (rasa nyeri atau kejang di perut dapat terjadi segera setelah pemasangan AKDR, dan biasanya berangsur-angsur hilang dengan sendirinya. Rasa nyeri dapat dikurangi atau dihilangkan dengan memberi analgetika), gangguan pada suami (kadang-kadang suami dapat merasakan adanya benang AKDR sewaktu bersenggama. Ini disebabkan benang AKDR yang keluar dari porsio uteri terlalu pendek atau terlalu panjang. Untuk mengurangnya benang AKDR yang terlalu panjang dipotong sampai kira – kira 2 – 3 cm dari porsio, sedangkan apabila benang AKDR terlalu pendek sebaiknya AKDR nya diganti), dan ekspulsi (Sarwono, 2009; h, 556-560).

7) Kontrasepsi mantap

1) *Tubektomi*

Tindakan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita dan menyebabkan tidak dapat hamil atau menyebabkan kehamilan lagi. Metode yang digunakan dalam kontrasepsi ini adalah dengan tindakan operasi untuk mencapai tuba fallopi. Keuntungan adalah efektivitas hampir 100%, tidak mempengaruhi libido seksual, tidak ada kegagalan dari pihak pasien. Kerugian adalah tindakan ini dianggap tidak reversible walaupun sekarang ada kemungkinan untuk membuka tuba fallopi kembali pada mereka yang masih menginginkan anak lagi dengan operasi rekanalisasi.

Indikasinya yaitu umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup, umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup, umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup

2) *Vasektomi*

Tindakan berupa suatu operasi yang dilakukan pada vas deferens pria untuk menutup saluran sperma. Indikasi vasektomi yaitu pada pasangan suami isteri yang sudah

tidak menghendaki kehamilan lagi dan suami bersedia melakukan tindakan tersebut. Kontra indikasi vasektomi hanya apabila pengguna memiliki gangguan pada sembuhnya luka operasi maka hal tersebut harus di sembuhkan terlebih dahulu.Keuntungan dari pemakaian metode vasektomi adalah tidak menimbulkan kelainan fisik maupun mental, tidak mengganggu libido seksualitas, dapat dikerjakan secara poliklinis.

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

a. Manajemen 7 Langkah Varney

1. Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia yang rumit karena sifat manusia yang kompleks. Pengumpulan data mengenai seseorang tidak akan selesai jika setiap informasi yang dapat diperoleh hendak dikumpulkan. Maka dari itu sebelumnya harus mempertanyakan :data apa yang cocok dalam situasi kesehatan seseorang pada saat bersangkutan. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang sedang ditinjau. Data yang mempunyai pengaruh atas/berhubungan dengan situasi yang sedang ditinjau.

2. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta.

3. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi, masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

5. Langkah V (kelima): Merencanakan asuhan yang komprehensif/menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan yang harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasan akan persetujuannya.

Perencanaan supaya terarah, dibuat pola pikir dengan langkah sebagai berikut: tentukan tujuan tindakan yang akan

dilakukan yang berisi tentang sasaran/target dan hasil yang akan dicapai, selanjutnya ditentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah diagnosa dan tujuan yang akan dicapai.

Semua keputusan yang dibuat dalam merencanakan suatu asuhan yang komprehensif harus merefleksikan alasan yang benar, berlandaskan pengetahuan, teori yang berkaitan dan up to date serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan wanita tersebut dan apa yang dia tidak inginkan. Rational yang berdasarkan asumsi dari perilaku pasien yang tidak divalidasikan, pengetahuan teoritis yang salah atau tidak memadai, atau data dasar yang tidak lengkap dan mungkin juga tidak aman.

6. Langkah VI (keenam): Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedang sebagian belum efektif.

Manajemen kebidanan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebutnya (Asri, D 2012; h, 27-31).

b. Pendokumentasian Metode SOAPIE

i. Pengertian SOAPIE

SOAPIE merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis.

ii. Kapanjangan dari SOAPIE

S (Subyektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen varney pada langkah pertama yaitu pengkajian data terutama data yang diperoleh melalui anamnesis dan berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pengkajian yang dilakukan meliputi:

1. Identitas Klien

i. Nama

Identitas di mulai dengan nama pasien yang harus jelas dan lengkap seperti : nama depan, nama tengah (bila ada), dan nama belakang agar tidak tertukar dengan pasien lainnya yang mungkin namanya sama (Matondang, 2009: h, 5).

ii. Umur

Merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi kondisi ibu. Usia ibu kurang dari 18 tahun dan usia lebih dari 35 tahun termasuk resiko tinggi dalam kehamilan (Manuaba, 2010; h, 242).

iii. Agama dan Suku bangsa

Data tentang agama dan suku bangsa juga memantapkan identitas, di samping itu perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama dan suku bangsa. Kebiasaan, kepercayaan, dan tradisi dapat

menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat. Beberapa penyakit juga mempunyai predileksi rasial tertentu (Matondang, 2009; h, 6).

iv. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan unruk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya. Sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya untuk memudahkan dalam pemberian informasi dan pendekatan selanjutnya yang berhubungan dengan kehamilan (Latief, 2009; h, 6).

v. Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena sosial ekonomi berpengaruh dengan kunjungan ANC (Ambarwati, 2009: h, 132).

vi. Alamat

Tempat tinggal pasien harus dituliskan dengan jelas dan lengkap, dengan nomor rumah, nama jalan, RT, RW, kelurahan dan kecamatannya, serta bila ada nomor teleponnya. Kejelasan alamat keluarga ini amat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi, misalnya bila pasien menjadi sangat gawat, atau perlu tindakan operasi segera, atau perlu pembelian obat/alat yang tidak tersedia dirumah sakit dan sebagainya. Disamping itu setelah pasien pulang mungkin diperlukan kunjungan rumah, misalnya karena pasien tidak datang kontrol (pasien talasemia, pasien dengan penyakit keganasan yang diberikan terapi sitostatika, atau penyakit kronik lain) (Matondang, 2009; h, 6).

2. Alasan datang

Untuk mengetahui alasan ibu saat datang ke BPS atau ke tenaga kesehatan. Biasanya ibu hamil datang ingin memeriksakan kehamilannya (Deevey, 2005: h, 5).

3. Keluhan utama

Keluhan ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang mengunjungi klinik, seperti keluhannya terutama yang dirasakan oleh pasien (Varney, 2007: h, 32).

4. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Dikaji untuk mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita oleh ibu sebelum hamil. Apakah ibu menderita penyakit jantung (kardiovaskuler), darah tinggi (hipertensi), penyakit kencing manis (diabetes mellitus), malaria, asma, dan HIV/AIDS karena akan mempengaruhi kehamilan dan persalinannya (Nugroho, 2010; h, 53).

b. Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengidentifikasi pasangan yang beresiko memiliki bayi cacat. Cacat lahir merupakan suatu kelainan struktural, fungsi, atau metabolisme tubuh yang biasanya menyebabkan cacat fisik atau mental, usia kehidupan yang singkat atau kefatalan. Kondisi ini dapat diwariskan atau merupakan akibat pengaruh lingkungan didalam atau diluar kandungan (Wheeler, 2004; h, 3).

5. Riwayat obstetrik

a. Riwayat menstruasi

Riwayat haid melalui menarche (pertama kali ibu mendapat menstruasi pada wanita Indonesia umumnya sekitar umur 12-16 tahun), siklus (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari biasanya sekitar 23-32 hari) volume (data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari), keluhan (beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi misalnya sakit yang sangat bahkan sampai pingsan atau jumlah darah yang banyak) (Sulistyawati, 2009; h, 110-146).

b. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

1. Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Varney (2007: h, 525) menjelaskan bahwa riwayat kehamilan sekarang di kaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami pasien

2. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Sulistyawati, 2009; h, 110-147).

6. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali menikah, status perkawinan syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan memengaruhi proses nifas (Anggraini, 2010; h, 133-144).

7. Riwayat kontrasepsi

Pada umumnya klien pasca persalinan menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi atau tidak ingin tambahan anak lagi, jika klien masih menyusui bayinya sampai 6 bulan maka klien tidak perlu menggunakan alat kontrasepsi.

8. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Menurut Walsh (2008; h, 168-169) mengatakan bahwa selama hamil sejumlah adaptasi maternal memfasilitasi pertumbuhan unit ibu maupun janin. Nafsu makan yang bertambah menyebabkan peningkatan konsumsi makanan. Hal ini akan berpengaruh terhadap janin dan ibu yaitu dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan BBLR pada janin.

b. Pola Eliminasi

Menurut Arsinah (2010; h, 79) bahwa pada awal masa kehamilan, karena adanya desakan rahim ke depan, kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi, pada trimester II, sudah mulai menghilang karena uterus yang membesar keluar

dari rongga panggul. Pada trimester III gejala ini bisa timbul karena janin mulai masuk keruang panggul dan menekan kembali kandung kencing. Dan dijelaskan di teori Arsinah (2010; h, 80) menjelaskan bahwa pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltik usus dan menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

c. Pola Istirahat

Menurut Manuaba (2010; h, 112) bahwa istirahat yang cukup sesuai pertambahan usia kehamilan dapat meningkatkan perkembangan dan pertumbuhan janin.

d. Pola Aktifitas

Menurut Manuaba (2010; h, 117) bahwa aktifitas ibu yang berlebih dapat menimbulkan berbagai resiko seperti terpeleset, terjatuh, dan kelelahan.

e. Pola *Personal Hygiene*

Menurut Sumarni (2011; h, 139) menjelaskan bahwa mandi diperlukan untuk kebersihan kulit terutama untuk perawatan kulit karena pada ibu hamil ekresi keringat bertambah banyak. Untuk perawatan gigi minimal dilakukan satu kali selama hamil. Pada ibu gusi akan lebih peka dan mudah berdarah karena dipengaruhi oleh hormone kehamilan yang menyebabkan hipertropi. Untuk perawatan rambut minimal seminggu 2-3 kali, untuk pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher, stoking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah, dan menggunakan BH yang tidak terlalu ketat dan menyokong payudara.

f. Pola Seksual

Menurut Arsinah (2010; hal, 97) menjelaskan bahwa hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus, pernah kelahiran prematur, perdarahan pervaginam, koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama

kehamilan, apabila ketuban sudah pecah maka koitus dilarang.

9. Psikososial, cultural, dan spiritual

a. Psikososial

Menurut Arsinah (2010; h, 89) menjelaskan bahwa beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat mempengaruhi perkembangan bayi, yang nantinya akan terlihat ketika bayi sudah lahir. Pada pola psikososial juga harus adanya dukungan keluarga karena pada ibu hamil disini akan mengalami perubahan baik bersifat fisik maupun psikologi. Dalam proses ini ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

b. Kultural

Menurut Arsinah (2010; h, 90) menjelaskan bahwa kebiasaan adat istiadat yang dapat merugikan ibu hamil, tetapi selama adat istiadat yang sama sekali tidak berpengaruh buruk terhadap kesehatan, tidak ada salahnya memberikan respon yang positif dalam rangka menjalin hubungan yang sinergis dengan masyarakat.

c. Spiritual

Menurut Walsh (2008; h, 186) menjelaskan bahwa hal ini perlu dikaji untuk mengetahui ketaatan ibu dalam menjalankan ibadahnya maupun aktifitasnya.

O (Obyektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen varney pada langkah pertama terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnosis lain.

1. Keadaan umum

Pemeriksaan fisik harus selalu dimulai dengan penilaian keadan umum pasien mencakup: kesan keadaan sakit, kesadaran, dan kesan status gizi.

2. Tingkat kesadaran

Penilaian kesadaran dinyatakan sebagai:

- a. Komposmentis : pasien sadar sepenuhnya dan member respons yang adekuat terhadap semua stimulus yang diberikan
- b. Apatik : pasien dalam keadaan sadar, tetapi acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, ia akan memberi respons yang adekuat bila diberikan stimulus
- c. Somnolen: tingkat kesadaran yang lebih rendah daripada apatik, pasien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, ia tidak responsive terhadap stimulus ringan, tetapi masih memberikan respons terhadap stimulus yang agak keras, kemudian tertidur lagi.
- d. Sopor: pada keadaan ini pasien tidak memberikan respons ringan maupun sedang, tetapi masih memberi sedikit respon terhadap stimulus yang kuat, reflek pupil terhadap cahaya yang masih positif.
- e. Koma: pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada, tingkat kesadaran yang paling rendah.
- f. Derilium: keadaan kesadaran yang menurun serta kacau, biasanya disertai disorientasi, iritatif, dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik hingga sering terjadi halusinasi (Matondang, 2009; h, 23-25).

3. Tanda-tanda vital

a. Tekanan Darah

Menurut Hani (2010) menjelaskan bahwa tekanan darah normal antara 90/60 mmHg hingga 140/90 mmHg dan tidak banyak meningkat selama kehamilan.

b. Nadi

Menurut Matondang (2009; h. 26) menjelaskan bahwa pemeriksaan nadi harus dilakukan pada keempat ekstremitasi, dalam menilai nadi kesalahan yang sering dilakukan adalah pemeriksa hanya menghitung frekuensi

nadi permenit, padahal seharusnya penilaian nadi harus mencakup seperti frekuensi atau laju nadi, irama, isi atau kualitas serta ekalitas nadi.

c. Suhu

Menurut Matondang (2009; h. 31) menjelaskan bahwa demam dapat menyebabkan kanker otak, tumor otak, keganasan, penyakit jaringan ikat, reaksi transfuse, reaksi obat dan lain-lainnya, kemudian hipertermia (suhu tubuh $>41^{\circ}\text{C}$) adalah keadaan yang berbahaya sehingga perlu penurunan suhu tubuh dengan segera. Hipotermi (suhu tubuh $<35^{\circ}\text{C}$) juga dapat akan berakibat fatal.

4. Berat badan

Berat badan adalah parameter pertumbuhan yang paling sederhana, mudah diukur dan diulang, dan merupakan indeks untuk status nutrisi sesaat. Menurut Walsh (2007; hal : 125) menjelaskan bahwa rata-rata peningkatan berat badan selama hamil adalah sebesar 6,5-16,5 kg, peningkatan berat badan ideal saat hamil pada wanita dengan kategori rendah adalah 12,5-18 kg. Sedangkan untuk wanita dengan IMT normal, peningkatan berat badan ideal hamil yaitu 11,5 -16 kg dan untuk wanita dengan IMT yang lain, peningkatan berat badannya antara 7-11,5 kg. Untuk menghitung IMT dengan rumus :

$$\text{IMT} = \text{berat (kg)} / \text{tinggi badan (meter)}^2$$

Dengan kategori sebagai berikut:

- a. Kurang dari 19,8 kg adalah berat kurang atau rendah
- b. 19,8-25 kg adalah normal
- c. 26-29 kg adalah berat badan lebih atau tinggi
- d. Lebih dari 29 kg obesitas

5. Tinggi badan

Menurut Arsinah (2010: h, 128) menjelaskan bahwa tinggi badan harus diukur karena apabila tinggi badan yang pendek akan dikaitkan dengan terjadinya komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, misalnya distosia bahu.

6. LILA

Menurut Kusmiati (2009; h, 85) menjelaskan bahwa standar minimal untuk ukuran lingkaran lengan atas wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm, jika ukuran lengan kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kekurangan energi kronik (KEK), jika melebihi 26 cm disebut obesitas.

7. Status present

1) Kepala dan leher

- a. Apakah ada edema pada wajah, adakah chloasma gravidarum
- b. Pada mata: adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning/ ikterus pada sklera.
- c. Hidung: adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran secret.
- d. Apakah wajah pucat, keadaan lidah, adakah gigi yang berlubang.
- e. Telinga: ketajaman pendengaran secara umum, luka dan pengeluaran dari saluran luar telinga (bentuk dan warna).
- f. Leher: adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran pembuluh limfe.

2) Payudara.

- a. Memeriksa bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak.
- b. Puting payudara menonjol, datar, atau masuk kedalam.
- c. Adakah kolostrum atau cairan lain dari puting.
- d. Memeriksa adanya retraksi atau dimpling.
- e. Memeriksa adanya massa atau pembesaran pembuluh limfe.

3) Abdomen.

- a. Bentuk pembesaran perut
- b. Adakah bekas operasi
- c. Linea nigra, striae gravidarum
- d. Ukur TFU, hitung TBJ
- e. Letak, presentasi, posisi, penurunan kepala janin.
- f. DJJ dan gerakan janin

4) Tangan dan kaki.

a. Edema

Edema seharusnya tidak ada pengkajian awal, tetapi dapat terjadi ketika kehamilan berlanjut. Edema fisiologis terjadi pada saat bangun pagi dan semakin parah pada siang hari. Edema dalam kehamilan dapat disebabkan oleh toxaemia gravidarum/ keracunan kehamilan atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki, tetapi juga oleh hipovitaminose B1, hipoproteinaemia, dan penyakit jantung (Hani, 2011; h, 92-93).

b. Varices

Hal ini perlu dikaji karena merupakan faktor predisposisi untuk menyebabkan *thrombosis vena profunda*. Area kemerahan pada betis, kemungkinan disebabkan karena varices, flebitis, atau *thrombosis vena profunda* (Hani, 2011; h, 93).

5) Genetalia eksterna

a. Melihat adanya tukak/luka, varices, cairan.

b. Dengan mengurut uretra dan skene

c. Kelenjar bartholini

6) Genetalia interna

a. Dinding vagin : cairan atau darah, luka

b. Serviks: adakah cairan atau darah, luka/lesi, serviks sudah membuka atau belum

c. Uterus: ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, rasa nyeri, masa.

Menurut Hani, 2010 bahwa uterus semakin lama semakin membesar seiring dengan penambahan usia kehamilan, pemeriksaan tinggi fundus uteri dilakukan dengan membeandingkan HPHT dan diukur menggunakan palpasi (metode jari) atau meteran terhadap TFU. Uterus bertumbuh kira-kira 2 jari perbulan.

8. Status obstetrikus

a. Inspeksi

Inspeksi dapat dibagi menjadi inspeksi umum dan inspeksi lokal. Pada inspeksi umum pemeriksaan melihat perubahan yang terjadi secara umum, sehingga dapat diperoleh kesan keadaan umum pasien. Pada inspeksi lokal, dilihat perubahan-perubahan lokal sampai yang sekecil-kecilnya. Untuk bahan pembeding perlu diperhatikan keadaan sisi lainnya (Matondang, 2009; h, 19).

b. Palpasi

Palpasi yakni pemeriksaan meraba, mempergunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak tangan dan jari tangan. Dengan palpasi dapat ditentukan bentuk, besar, tepi, permukaan, serta konsistensi organ. Ukuran organ dapat dinyatakan dengan besaran yang sudah dikenal secara umum. Pada palpasi abdomen, untuk mengurangi ketegangan dinding abdomen, dilakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut, abdomen diraba dengan telapak tangan mendatar dengan jari – jari II, III, dan IV yang rapat. Palpasi juga dapat dilakukan dengan 2 tangan, terutama bila pemeriksaan hendak mengetahui cairan atau ballotement (Matondang, 2009; h, 19).

c. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan mempergunakan stetoskop. Dengan cara auskultasi dapat didengar suara pernapasan, bunyi dan bising jantung, peristaltic usus, dan aliran darah dalam pembuluh darah.

d. Perkusi

Pemeriksaan perkusi bertujuan untuk mengetahui perbedaan suara ketuk, sehingga dapat ditentukan batas-batas suatu organ misalnya paru, jantung, dan hati, atau

mengetahui batas-batas massa yang abnormal di rongga abdomen.

Perkusi dapat dilakukan dengan cara langsung dengan mengetukkan ujung jari II atau III langsung pada daerah yang diperkusi. Cara ini sulit dan memerlukan banyak latihan, oleh karenanya jarang dilakukan, kecuali untuk perkusi kepala (Matondang, 2009; h, 20-22).

9. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan urinalis.

Menurut teori Sumarni (2011; h, 23) menjelaskan bahwa pemeriksaan urin dilakukan untuk memeriksa adanya protein dalam urin pada ibu hamil, pemeriksaannya menggunakan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat darah tinggi, kaki oedema. Dan pemeriksaan ini juga dilakukan untuk mendeteksi ibu hamil kearah pre-eklamsia.

b. Pemeriksaan HB

Menurut teori Sumarni (2011; h, 22) menjelaskan bahwa pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kemudian pada saat menjelang persalinan perlu dilakukan pengecekan Hb ulang. Pemeriksaan HB bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia, apabila HB kurang dari 11 gr% maka ibu harus mendapatkan terapi anemia.

d. Pemeriksaan urine reduksi

Menurut teori Sumarni (2011; h, 23) menjelaskan bahwa apabila pemeriksaan urine positif (+) perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya diabetes militus gestasional (D.M.G) DMG pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklamsia, polihidramnion, cacat bawaan.

A (Assesment)

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

P (Planning)

Membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Planning dalam SOAP juga merupakan gambaran pendokumentasian implementasi dan evaluasi (Setyorini, 2010; h, 157-160).

I (Implementasi)

Langkah - langkah penatalaksanaan bergantung pada data dasar yang diperoleh dan assement. Pada proses penatalaksanaan mencakup hal-hal berikut:

1. Menentukan normal tidaknya kondisi kehamilan dari data yang diperoleh
2. Membedakan anantara ketidaknyamanan yang umum di alami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi.
3. Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi normal atau kompikasi

E (Evaluasi)

Evaluasi merupakan proses tahap akhir dari rangkaian proses asuhan kebidanan. Pada langkah ini untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu seperti di identifikasikan pada diagnosa (Varney, 2007; h, 28).

d. Landasan Hukum

Bidan dalam memberikan asuhan harus berdasar hukum perundang-undangan dan hukum yang berlaku dengan tenaga kesehatan, yaitu klien sebagai penerima jasa kesehatan mempunyai dasar hukum dan merupakan peraturan pemerintah, yang berarti sama-sama mempunyai hak dan kewajiban. Sehingga penyimpangan terhadap hukum dapat dihindarkan

Landasan hukum yang dipakai seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan komprehensif dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan masa antara (KB) adalah:

Seorang bidan mempunyai kewenangan memberikan pelayanan menurut Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak
- c. Pelayanan kesehatan perempuan dan keluarga berencana (pasal 9)

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa pra hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan yaitu pelayanan konseling pada masa pra hamil, pelayanan antenatal pada kehamilan normal, pelayanan persalinan normal, pelayanan ibu nifas normal, pelayanan ibu menyusui, dan pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan. Bidan mempunyai wewenang untuk episiotomi, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan perujukan, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, pemberian vitamin A pada dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling, bimbingan pada kelompok ibu hamil, pemberian surat keterangan kematian, pemberian surat keterangan cuti bersalin (pasal 10).

Pelayanan kesehatan anak diberikan seorang bidan sejak pada bayi baru lahir, bayi, anak, balita, dan anak pra sekolah. Bidan berwenang untuk melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi Vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat; penanganasn hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk; penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan; pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah; pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah; pemberian konseling dan penyuluhan; pemberian surat keterangan kelahiran, dan Pemberian surat keterangan kematian (pasal 11).

Bidan juga memberikan pelayanan kesehatan dalam menjalankan program Pemerintah berwenang untuk pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit; pelayanan alat kontrasepsi

bawah kulit; melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan; asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) serta pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) hanya dapat dilakukan bidan yang dilatih untuk itu (pasal 13).

Selain landasan hukum tersebut bidan juga harus memiliki 24 Standart Pelayanan kebidanan. Adapun salah satu standart pelayanan yang sesuai dengan kewenangan bidan sebagai berikut:

Di jelaskan pada standar 5 (palpasi abdominal) yang bertujuan untuk memperkirakan usia kehamilan, dan bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu. Sedangkan Standar 12 (Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi) untuk mengenali secara teapt tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum