Buku Perguruan Tinggi

Buku Ajar ASUHAN KEBIDANAN

Berkesinambungan

Continuity of Care

EDISI 2

Juliana Munthe, SST., M.Kes
Kismiasih Adethia, S.Keb., Bd., M.Tr.Keb
Marlina L. Simbolon, S.Tr.Keb., Bd., MKM
Lisa Putri Utami Damanik, SST., M.Tr.Keb

TIM

PENTING UNTUK DIBACA . . . !

PENERBIT

Adalah rekanan pengarang dalam menerbitkan sebuah buku. Penerbit mempunyai hak untuk menerbitkan dan mendistribusikan buku.

PENGARANG

Adalah pencipta naskah buku yang menyerahkan naskah hasil karangannya kepada penerbit yang ditunjuk untuk menerbitkan hasil karyanya. Pengarang mempunyai hak penuh atas karyanya dan mendapat imbalan berupa royalti, sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati dengan penerbit.

PEMBAJAK

Adalah pihak luar yang tidak ada ikatan dengan pengarang dan penerbit dalam hal apapun, maka sangat tidak dibenarkan untuk menerbitkan dan mendistribusikan buku.

Untuk menghargai dan menambah motivasi para penulis dalam menghasilkan karyanya untuk diterbitkan, hendaknya anda tidak menggunakan buku hasil bajakan.

Memperbanyak buku tanpa izin penerbit melanggar undang-undang hak cipta

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Continuity of Care

Edisi 2

Juliana Munthe, SST., M.Kes,
Kismi Asih Adethia, S.Keb, Bd, M.Tr.Keb,
Marlina L.Simbolon,S.Tr.Keb, Bd,MKM,
Lisa Putri Utami Damanik, SST, M.Tr.Keb,
Dr.Herna Rinayanti Manurung, S.Tr.Keb., Bd., M.Kes

Penerbit: Trans Info Media, Jakarta
Blog : *www.transinfotim.blogspot.com*
T.19091420

Kata Pengantar

Bismillahirahmanirrahiim

ALHAMDULILLAHIRABBIL'AALAMIN, puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Ajar ini dengan baik dan tepat waktu. Buku Ajar ini berisi tentang asuhan kebidanan secara *CONTINUE* atau Berkesinambungan mulai dari masa kehamilan, persalinan, BBL dan masa nifas, berbasis riset yang *service excellent* dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang berfokus pada upaya preventif dan promotif, deteksi dini komplikasi serta pendokumentasian dan KIE, promosi kesehatan dan konseling tentang pandangan tentang persalinan sebagai proses fisiologis dan membahas bagaimana upaya pemberdayaan perempuan sebagai mitra untuk meningkatkan kesehatan perempuan ibu dan anak dan antisipasi masalah, pencegahan komplikasi dan kegawatdaruratan dengan *Technopreneur* dan diakhir pembahasan yaitu tentang keputusan secara tepat dalam pelayanan kebidanan berdasarkan pemikiran logis, kritis, inovatif sesuai dengan kode etik.

Buku ini merupakan buku terbaru dalam pendidikan kebidanan khususnya bagi mahasiswa program profesi bidan, dimana buku ini menjadi salah satu mata kuliah kompetensi yang wajib dicapai dan dikuasai oleh profesi bidan. Selesainya buku ini tidak lepas dari dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Kami yakin dengan terbitnya buku ini maka kami akan lebih semangat lagi untuk meningkatkan kualitas diri dan berkarya di waktu yang akan datang.

Penulis juga mengucapkan terima kasih banyak kepada seluruh pengelola STIKes Mitra Husada Medan yang sangat membantu dan mendukung kami agar dapat menyelesaikan buku ini. Ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga kami yang sangat mendukung, dan memberi saran yang baik dan terus berjuang agar buku ini dapat segera diterbitkan. Kami sangat berusaha agar tidak terjadi kesalahan dalam penyusunan buku ini, meskipun demikian kami menyadari bahwa buku ini masih sangat membutuhkan kritik dan saran dari pembaca agar kiranya buku ini dapat lebih bermanfaat bagi semua pembaca.

Dengan segala harapan dan keterbukaan, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pembaca dan kami juga berharap agar buku ini berguna bagi seluruh bangsa ini agar menjadi bangsa yang tangguh, kuat dan sehat.

Medan, Januari 2022

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar v
Daftar Isi vii
Daftar Tabel xi
Daftar Gambar xiii

Bab 1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan BBL 1
A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan 1
B. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan BBL 70
C. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas 102
D. Aspek Psikososial Dan Kultural Pada Masa Kehamilan, Persalinan Dan Nifas 129

Bab 2 Deteksi Dini, Konsultasi, Kolaborasi Dan Rujukan Pada Ibu Hamil, Bersalin Dan Nifas 147
A. Penyulit Pada Masa Kehamilan 147
B. Penyulit Pada Masa Persalinan 163
C. Penyulit Pada Masa Nifas 208

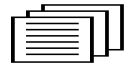
Bab 3 Pendokumentasian Asuhan Dan Pelaporan Pelayanan Kebidanan 219
A. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan 219
B. Tinjauan Asuhan Kebidanan Dengan 7 Langkah Varney 225
C. Buku KIA 228
D. Kartu Menuju Sehat (KMS) 254
E. Sistem Rujukan 255
F. Pelaporan Pelayanan Kebidanan 259
Bab 4 KIE, Promosi Kesehatan Dan Konseling Dalam Persalinan 261
A. Defenisi Persalinan 261
B. Jenis Persalinan 262
C. Tahap Persalinan 262
D. Dukungan Dalam Proses Persalinan 264
E. Faktor Penyulit Persalinan 266
Bab 5 Upaya Pemberdayaan Perempuan Sebagai Mitra Untuk Meningkatkan Kesehatan Ibu Dan Anak 267
A. Status Gizi Ibu Dan Anak 267
B. Pemeriksaan Payudara 272
C. Periksa Payudara Sendiri (Sadari) 273
D. Pencegahan Dini Kanker Rahim 274
E. Gizi Anak 278

Bab 6 Keputusan Secara Tepat Dalam Pelayanan Kebidanan 281
A. Defenisi 281
B. Teori Pengambilan Keputusan 281
C. Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan 283
Glosarium 285
Indeks 289
Daftar Pustaka 291
Biodata Penulis 295

Daftar Tabel

Tabel 1. Data Subjektif Ibu Hamil 3
Tabel 2. Penilaian Nyeri 4
Tabel 3. Riwayat Kesehatan Reproduksi 5
Tabel 4. Riwayat Kehamilan Sekarang 5
Tabel 5. Pemberian Imunisasi TT 6
Tabel 6. Riwayat Obstetri Yang Lalu 7
Tabel 7. Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil 9
Tabel 8. Rekomendasi Rentang Peningkatan Berat Badan Total Ibu Hamil 10
Tabel 9. Skala Penilaian Reflek Patella 20
Tabel 10. Reaksi Aglutinasi Dan Non-Aglutinasi 26
Tabel 11. Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Trimester 37
Tabel 12. Anamnesa Pada Ibu Bersalin 71
Tabel 13. Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin 75
Tabel 14. Jenis Abortus 155
Tabel 15. Jadwal Imunisasi TT 230

Tabel 16. Cara Penyimpanan Asi 237
Tabel 17. Imunisasi Wajib 253
Tabel 18. Pemeriksaan Sadari 273
Tabel 19. Jadwal Kemoterapi Dan Radioterapi 278



Daftar Gambar

r 1. Pemeriksaan CVAT 19
- 2. Pemeriksaan Panggul Luar 21
r 3. Hasil Pemeriksaan Protein Urin 23
- 4. Hasil Pemeriksaan Glukosa Urin 24
r 5. Hasil Pemeriksaan Tes Urin 29
- 6. Gerakan Urdhva Hastasana 59
- 7. Gerakan Uttanasana 61
- 8. Gerakan Ardha Uttanasana 62
- 9. Gerakan Parsvottanasana 64
- 10. Gerakan Prasarita Padottanasana 66
- 11. Gerakan Savasana 70
- 12. Pemeriksaan Tekanan Darah 78
- 13. Pemeriksaan Leopold I 82

Gambar 14. Pemeriksaan Leopold II 83
Gambar 15. Pemeriksaan Leopold III 83
Gambar 16. Pemeriksaan Leopold IV 84

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS DAN BBL

1

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin nifas dan BBL secara holistik, komprehensif dan kesinambungan yang didukung kemampuan berfikir, rasionalisasi klinis dan reflektif dengan *service excellent*.

A. ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

1. Definisi

   Kehamilan adalah suatu proses pembentukan janin yang dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. Lama masa kehamilan yang aterm adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir ibu. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester yang masing-masing dibagi dalam 13 minggu atau 3 bulan kalender.

2. Antenatal Care (ANC)

Adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau ke dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pelayanan *antenatal* ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

3. Kunjungan Awal (K1)

Kunjungan baru ibu hamil (K1) adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali dan pada masa kehamilan.

4. Kunjungan Ulang (K4)

Kunjungan ulang adalah kontrak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar selama satu periode kehamilan berlangsung. Sedangkan K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar.

5. Anamnesa

Anamnesa merupakan bagian dari pelayanan antenatal, intranatal maupun postnatal. Pada kunjungan awal anamnesa akan lebih lengkap dibandingkan dengan anamnesa pada kunjungan ulang. Anamnesa terdiri dari beberapa unsur yaitu :

a. Data subyektif (Data umum)

Pada kunjungan awal dan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik. Data subjektif dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Data Subjektif Ibu Hamil

No	Data	Tujuan
1	Nama pasien dan suami	- Mengidentifikasi wanita dan membantu dalam pembentukan *rapport*/laporan. - Mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan.
2	Umur pasien dan suami	- Membantu mengidentifikasi kehamilan yang memerlukan perhatian khusus seperti (kehamilan remaja --> risiko persalinan sulit dengan disproporsi kepala panggul, inersia uteri, tidak kuat hejan, dan perdarahan postpartum) dan usia tua (>35 tahun) berisiko melahirkan janin dengan kelainan kongenital, risiko diabetes gestasional, risiko hipertensi dalam kehamilan, risiko kesulitan saat persalinan dan perdarahan post partum).
3	Suku dan bangsa pasien dan suami	- Mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat.
4	Agama pasien dan suami	- Memotivasi pasien dan suami dengan kata-kata yang bersifat religius, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis.
5	Pendidikan pasien dan suami	- Mempermudah dalam berkomunikasi sesuai tingkat pendidikan pasien dan suami.
6	Pekerjaan pasien dan suami	- Mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya.
7	Alamat dan No Telp pasien dan suami	- Mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menghubungi pasien dan suami. - Sebagai epidemiologi apabila terdapat masalah.

Contoh terjadi TBC pada ibu hamil di wilayah X.

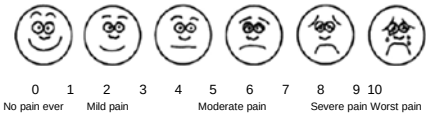
1

b. Keluhan utama

Keluhan utama pasien untuk mengetahui kondisi kesejahteraan ibu, kesejahteraan janin dan perkiraan akan terjadinya masalah dalam persalinan. Pengkajian Keluhan utama untuk mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menegakkan diagnosa pada tahap selanjutnya, apakah keluhan pasien merupakan hal yang fisiologis atau patologis. Dalam mengkaji keluhan pasien agar efektif maka gunakan (PQRST).

Contoh : Ibu mengatakan terlambat haid sejak 2 bulan yang lalu mengeluh mual muntah ≥ 5 kali sehari terutama pada pagi hari disertai pusing, nyeri ulu hati dan kurang nafsu makan, ibu merasa lemah dan sulit untuk beraktivitas.

Tabel 2. Penilaian Nyeri

No	Penilaian Nyeri	Contoh
1	**P (Provokatif)/paliatif :** Penyebab timbulnya rasa nyeri	Terlambat haid sejak 2 bulan yang lalu
2	**Q (Qualitas/quantitas) :** Seberapa berat keluhan nyeri terasa ? Bagaimana rasanya ? berapa kali terjadi ?	Mengeluh mual muntah ≥ 5 kali sehari
3	**R (Region/Radiasi) :** Lokasi nyeri yang dirasakan dan ditemukan, apakah menyebar ke lokasi lain/area penyebarannya?	Disertai pusing, nyeri ulu hati dan kurang nafsu makan
4	**S (Skala seviritas) :** 	Ibu merasa lemah dan sulit untuk beraktivitas
5	**T (Timing) :** Kapan keluhan nyeri mulai ditemukan /dirasakan? Seberapa sering keluhannyeri dirasakan / terjadi? Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap? Akut atau kronis	Mual muntah terutama pada pagi hari

c. Riwayat kesehatan reproduksi

Riwayat menstruasi dan kontrasepsi dapat dilihat pada tabel ini:

Tabel 3. Riwayat kesehatan reproduksi

No	Data	Tujuan
1	Haid (Menarche, Siklus haid, Lamanya, Keluhan, Volume)	- Untuk memprediksi apakah ada penyakit yang menyertai seperti mioma uteri, polip serviks, dll. - Lakukan pemeriksaan diagnostik atau penunjang jika diperlukan.
2	Riwayat pemakaian kontrasepsi (jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, lama pemakaian, keluhan/efek samping dari penggunaan kontrasepsi)	- Sebagai dasar untuk metode kontasepsi berikutnya. - Untuk mengetahui metode kontrasepsi yang nyaman digunakan.

d. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang sebagai dasar untuk mengetahui kondisi janin sekarang. Data yang perlu dikaji dapat dilihat pada Tabel 4 di bawah ini.

Tabel 4. Riwayat Kehamilan Sekarang

No	Data	Tujuan
1	Hari pertama haid terakhir (HPHT)	- Jika wanita tersebut tidak mengingat hari pertama haid terakhirnya, kehamilan dapat dikonfirmasi dan dikalkulasi usia kehamilannya berdasarkan Gejala kehamilan (emesis gravidarum, *quickening*). - Jika wanita mengingat hari pertama haid terakhir, harus ada Tanda kehamilan (tinggi fundus uteri). - Dilanjutkan dengan pertanyaan : - Apakah haid selama ini teratur siklusnya? - Bagaimana siklus 3 bulan terakhir? - Untuk menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan. - Untuk memantau kesejahteraan janin.

2	Taksiran Persalinan (TP)	- Untuk menentukan taksiran persalinan dengan memakai *rumus* ***Naegele***. *Rumus Neagele* dihitung berdasarkan asumsi bahwa usia kehamilan normal adalah 266 hari sejak ovulasi (38 minggu / 9 bulan 7 hari). Rumus ini akurat jika digunakan pada siklus menstruasi yang normal, yaitu 28 hari. Pada siklus menstruasi 28 hari, ovulasi selalu terjadi secara konstan 14 hari setelah HPH. Sehingga rumus neagle menambahkan 14 hari pada usia kehamilan normal sehingga menjadi HPHT + 9 Bulan – 7 hari (+14 hari), sehingga HPHT + 9 bulan + 7 hari Menghitung HPHT /Taksiran Persalinan ***(Rumus Naegle)*** (Hari + 7), (Bulan + 9), (Tahun + 0) - Contoh : HPHT 12 – 02 – 2015 TP : 12+7, 02+9, 15+0 Jadi Tafsiran Persalinan/partus adalah tangal 19 November 2015

e. Riwayat Imunisasi TT

Tabel 5. Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	Perlindungan (%)
TT1	Awal	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus	0%
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 Tahun *)	80%
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 Tahun	95%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 Tahun/ Seumur hidup	99%

*) Ket : Apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan akan terlindung dari tetanus neonatorum.

f. Gerak janin

Gerakan janin yang pertama kali, ditanyakan untuk mengetahui gerak janin yang pertama kali dirasakan ibu pada usia kehamilan berapa dan mengetahui masalah yang mungkin terjadi pada janin.

Melakukan pengkajian terhadap Keluhan yang dirasakan selama hamil agar dapat diberikan penatalaksanaan untuk mengurangi keluhan dan mencegah agar keluhan tidak sampai menjadi komplikasi.

g. Obat-obatan

Obat yang dikonsumsi selama hamil untuk mengetahui paparan penyakit yang dialami selama/sejak hamil untuk mengetahui efek yang dapat ditimbulkan dari masalah tersebut pada kehamilan.

h. Riwayat kesehatan

1) Riwayat obstetrik yang lalu

Pengkajian pada riwayat kehamilan yang lalu bertujuan untuk melakukan asuhan kehamilan (konseling, tindakan lanjut dan perencanaan persalinan) pengkajian pada riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu meliputi :

a) Jumlah persalinan dengan G.. P.. A.. AH dapat dilihat pada Tabel di bawah ini yaitu :

Tabel 6. Riwayat Obstetri yang Lalu

No	Simbol	Keterangan
1	**G**	Gravida (Jumlah Kehamilan) seperti Primigravida, Secundigravida, Multigravida, Grandemultirgavida.
2	**P**	Para (Jumlah Persalinan) seperti Primipara, Secundipara, Multipara, Grandemultipara.
3	**A**	Abortus (Jumlah Keguguran).
4	**AH**	Anak yang lahir hidup untuk mengetahui Riwayat persalinan aterm, persalinan premature, keguguran, persalinan dengan tindakan (Forcep, Vakum Ekstraksi dan Sectio Caesaria).

b) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

c) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya.

d) Berat bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.

e) Masalah-masalah lain yang dialami.

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Ibu

Untuk mengetahui karakteristik personal, riwayat penyakit menular/keturunan dan riwayat pengobatan.

b) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui adanya risiko penyakit menular/keturunan dan kelainan-kelainan genetik.

3) Data psikososial

a) Riwayat perkawinan.

b) Respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini.

c) Respon ibu terhadap kehamilan.

d) Hubungan ibu dengan anggota keluarga suami dan anggota keluarga yang lain.

e) Adat setempat yang dianut dan berhubungan dengan kehamilan.

4) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- Nutrisi.
- Eliminasi.
- Pola istirahat.
- *Personal hygiene*.
- Aktivitas.
- Hubungan seksual.

6. Pemeriksaan Fisik

Langkah pertama dalam pemeriksaan fisik adalah Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, dan Perkusi, langkah harus dilakukan secara berurutan dan *Head To Toe* (dari kepala sampai kaki). Tujuan dari pemeriksan fisik untuk mengetahui kesejahteraan ibu dan janin, mengetahui perubahan yang terjadi pada masa kehamilan, meliputi :

a. Pemeriksaan umum

Pada langkah awal pemeriksaan fisik, pemeriksaan umum perlu dilakukan adapun pemeriksaan yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 7 berikut ini :

Tabel 7. Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil

No	Pemeriksaan	Tujuan
1	Tinggi Badan	Mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada tinggi badan kurang dari 145 cm.
2	Berat Badan	Pengkajian dari sebelum hamil dan saat hamil untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama kehamilan. Kenaikan berat badan normal ibu selama hamil dihitung dari Trimester I sampai Trimester III yang berkisar antara 9-13,5 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg dimulai dari Trimester III.
3	LILA (Lingkar Lengan Atas)	Mengetahui adanya risiko kekurangan energi untuk kronik (KEK) pada Wanita usia subur/Ibu Hamil dan menampis ibu hamil yang mempunyai resiko melahirkan BBLR apabila batas ambang LILA < 23,5 cm.
4	Tanda Vital (Tekanan Darah, Nadi, Pernafasan dan Suhu)	- **Tekanan darah** diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah ibu dikatakan meningkat apabila tekanan sistol meningkat >30 mmHg dan diastol >15 mmHg dari tekanan darah sebelumnya. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110-120 mmHg. - **Nadi** → Pada masa kehamilan akan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia kehamilan 4 minggu sekitar 15-20 denyut permenit, kondisi ini

memuncak pada usia gestasi 28 minggu karena disebabkan peningkatan curah jantung karena adanya peningkatan total volume darah. Frekuensi nadi normal antara 60-90x/menit.

- **Suhu** tubuh yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan dan disertai peningkatan frekuensi jantung. Pada ibu hamil mengalami peningkatan suhu tubuh sampai 0,5^{o}C dikarenakan adanya peningkatan hormon progesteron yang disertai peningkatan metabolisme tubuh ibu hamil. Nilai normal suhu tubuh berkisar antara 36^{o}C-37,5^{o}C.
- **Pernafasan** dikaji untuk mendetekasi secara dini adanya penyakit yang berhubungan dengan pernafasan yang berpotensi sebagai penyulit pada saat persalinan. Umumnya frekuensi nafas yang normal yaitu 20-24x/menit.

Tabel 8. Rekomendasi Rentang Peningkatan Berat Badan Total Ibu Hamil

No	Kategori Berat Terhadap Tinggi Sebelum Hamil		Peningkatan Total Yang Direkomendasikan	
			Pon	Kilogram
1	Ringan	BMI< 19,8	28 sampai 40	12,5 sampai 18
2	Normal	BMI 19,8-26	25 sampai 35	11,5 sampai 16
3	Tinggi	BMI > 26 sampe 29	15 sampai 25	7 sampai 11,5
4	Gemuk	BMI > 29	≥ 15	≥ 7

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dilakukan untuk mengetahui ada/tidaknya masalah secara fisik, meliputi :

1) Kepala

Amati bentuk kepala mesosephal atau terdapat benjolan abnormal.

a) Wajah

Perhatikan adanya pembengkakan pada wajah, Apabila terdapat pembengkakan atau edema di wajah, perhatikan juga adanya pembengkakan pada tangan dan kaki, apabila di tekan menggunakan jari akan berbekas cekungan yang lambat kembali seperti semula. Apabila bengkak terjadi pada wajah, tangan dan kaki merupakan pertanda terjadinya pre eklampsia.

b) Mata

Periksa perubahan warna konjungtiva mata. Konjungtiva yang pucat menandakan ibu menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai bahwa ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis.

c) Mulut dan gigi

Ibu hamil mengalami perubahan hormon baik itu progesteron maupun estrogen. Dampak dari perubahan hormon kehamilan itu dapat mempengaruhi kesehatan mulut dan gigi. Peningkatan risiko terjadinya pembengkakan gusi maupun pendarahan padagusi. Hal ini terjadi karena pelunakan dari jaringan daerah gusi akibat peningkatan hormon, kadang timbul benjolan-benjolan bengkak kemerahan pada gusi dan menyebabkan gusi mudah berdarah.

2) Leher

Periksa adanya pembengkakan pada leher yang biasanya disebabkan oleh pembengkakan kelenjar thyroid dan apabila ada pembesaran pada vena jugularis curigai bahwa ibu memiliki penyakit jantung.

3) Payudara

Perhatikan kesimetrisan bentuk payudara, bentuk puting payudara menonjol atau mendatar, apabila puting payudara mendatar, berikan ibu konseling melakukan perawatan payudara agar puting payudara menonjol. Kemudian perhatikan adanya bekas operasi dan lakukan palpasi untuk mengetahui adanya benjolan yang abnormal dan nyeri tekan dimulai dari daerah axilla sampai seluruh bagian payudara. Periksa adanya pengeluaran colostrum/cairan lain. Pemeriksaan payudara ini bertujuan untuk mempersiapkan ibu dalam menyusui bayi.

4) Abdomen

Pemeriksaan Abdomen meliputi apakah pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, ada tidaknya luka bekas operasi dan menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala.

Pembesaran abdomen yang tidak sesuai usia kehamilan ialah faktor risiko terjadinya kehamilan dengan mola hidatidosa, kehamilan kembar, Polihidramnion. Sedangkan mengkaji adanya luka bekas operasi untuk mengetahui adanya faktor risiko terjadinya robekan pada luka parut uterus karena bekas operasi SC. Menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala dengan melakukan pemeriksaan *Leopold* yang terbagi menjadi 4 tahap :

a) Leopold I

Tujuan Pemeriksaan :

- Mengetahui tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan.
- Menenentukan bagian-bagian janin yang berada di fundus uteri.

Cara Pemeriksaan :

- Pemeriksa menghadap ke arah ibu.
- Minta ibu untuk menekuk kaki.
- Mulai pemeriksaan dengan mengumpulkan fundus uteri ke arah tengah dengan menggunakan jari-jari tangan kiri ukur tinggi fundus uteri dengan batasan *Sympisis PUBIS - PUSAT - PROCESSUS XIIPOUDEUS*. Berdasarkan hasil pengukuran dari pemeriksaan palpasi dapat diperkirakan usia kehamilan dan disesuaikan dengan hasil anamnesis HPHT.

Catatan :

- Sebelum bulan ke-3 TFU belum teraba dari luar.
- Akhir bulan ke -3 (12 mg) TFU 2-3 jari di atas Sympisis Pubis.
- Akhir bulan ke - 4 (16 mg) TFU ½ Sympisis Pubis – Pusat.
- Akhir bulan ke - 5 (20 mg) TFU 3 jari di bawah Pusat.
- Akhir bulan ke - 6 (24 mg) TFU Setinggi Pusat.
- Akhir bulan ke - 7 (28 mg) TFU 3 jari di atas Pusat.
- Akhir bulan ke - 8 (32 mg) TFU ½ Pusat – PRX.
- Akhir bulan ke - 9 (36 mg) TFU 3 jari di bawah PRX.
- Akhir bulan Ke-10 (40 mg) TFU ½ Pusat – PRX.

Setelah fundus uteri terukur lanjutkan untuk meraba bagian yang berada di fundus. Bila teraba bagian yang bulat keras dan terasa melenting merupakan sifat dari kepala janin. Apabila kepala janin berada di fundus uteri maka janin dalam presentasi bokong.

Apabila teraba bagian yang besar bulat dan lunak dan tidak melenting itu merupakan sifat dari bokong janin. Apabila bokong janin berada di fundus uteri maka janin dalam presentasi kepala. Namun, apabila teraba bagian yang melebar dan datar pada fundus uteri merupakan sifat dari punggung janin, sehingga posisi janin ialah melintang.

b) Leopold II

Tujuan Pemeriksaan :

Mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan kiri uterus.

Cara Pemeriksaan :

Setelah melakukan Leopold I pindahkan tangan ke bagian kanan dan kiri uterus ibu, tangan kanan meraba bagian janin yang berada di samping kiri uterus sedangkan tangan kiri menahan pada sisi sebelahnya, begitupula sebaliknya. Apabila teraba bagian yang keras, datar dan memanjang itu adalah sifat dari punggung janin, kemudian tentukan pada bagian sebelah mana punggung janin berada. Lalu, Apabila pada bagian samping kanan atau kiri ibu teraba bulat, keras dan melenting (Kepala) dan pada sisi sebaliknya teraba bulat, besar, dan lunak (bokong) maka janin dalam posisi melintang.

c) Leopold III

Tujuan Pemeriksaan :

- Menentukan presentasi janin.
- Menentukan apakah presentasi sudah masuk ke pintu atas panggul.

Cara Pemeriksaan:

Setelah meraba samping kanan dan kiri uterus, pindahkan tangan kiri kearah fundus dan tangan kanan ke bagian bawah uterus. Apabila teraba keras dan saat digoyangkan terasa lentingan pertanda kepala janin. Apabila teraba lunak dan bila digoyangkan tidak ada lentingan pertanda bokong janin. Pada saat bagian terbawah janin dapat digoyangkan berarti bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul, sebaliknya apabila saat digoyangkan bagian terbawah janin tidak bergoyang, maka bagian terbawah janin belum masuk Pintu Atas Panggul.

d) Leopold IV

Tujuan Pemeriksaan:

- Memastikan bagian terbawah janin sudah masuk Pintu Atas Panggul.
- Menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul.

Cara Pemeriksaan:

- Pemeriksa merubah posisi menjadi membelakangi ibu.
- Minta ibu untuk meluruskan kaki.
- Setelah melakukan palpasi Leopold III.
- Pindahkan tangan kesebelah kanan dan kiri ibu pada perut bagian bawah, raba dan susuri bagian terbawah janin. Pertemukan ujung-ujung jari pada tangan kanan dan kiri, apabila dapat jari-jari dapat bertemu maka disebut Konvergen yang artinya bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul. Apabila ujung-

ujung jari tidak dapat dipertemukan disebut divergen yang artinya sebagian besar bagian terbawah janin sudah memasuki pintu atas panggul.

Pemeriksaan Leopold dapat dilakukan pada usia kehamilan 28 minggu. Namun pemeriksaan leopold sebelum usia kehamilan 36 minggu dianggap tidak efektif dikarenakan letak, posisi dan presentasi janin masih berubah-ubah.

5) Mengukur Tinggi Fundus Uteri (Mc Donald)

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan Mc Donald dengan menggunakan pita meter dimulai dari tepi atas symfisis pubis sampai fundus uteri. Tujuan pemeriksaan TFU dengan Mc Donald ialah :

a) Untuk mengetahui pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan.

b) Untuk menghitung taksiran berat janin dengan teori Johnson-Tausack, yaitu:

- Jika bagian terbawah janin belum masuk PAP

  Taksiran Berat Janin = (TFU-12) x 155

- Jika bagian terbawah janin sudah masuk PAP

  Taksiran Berat Janin = (TFU-11) x 155

  Contoh :

  Pemeriksaan Mc Donald TFU = 32 cm, Bagian terbawah janin teraba sudah masuk PAP. Berapakah Taksiran besar janin?

  Taksiran Berat Janin = (TFU-11) x 155

  = (32 - 11) x 155 = 3255 gram)

6) Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ pada ibu hamil dengan menggunakan fetoskop atau Doppler. Bunyi-bunyi yang terdengar berasal dari bayi yaitu bayi meliputi bunyi jantung, gerakan, dan bising tali pusat. Sedangkan bunyi yang terdengar dari ibu berasal dari bising usus dan bising aorta. Tujuan Pemeriksaan :

a) Mendengarkan denyut jantung janin sebagai tanda pasti kehamilan dan menilai apakah janin hidup atau mati.

b) Dengan mendengarkan DJJ dapat diketahui presentasi, posisi, letak dan adanya janin kembar.

c) Mendengarkan irama dan menghitung frekuensi denyut jantung janin sehingga dapat diketahui mengenai kondisi janin dalam kandungan baik atau dalam keadaan gawat janin.

Denyut Jantung janin dapat terdengar dengan fetoskop/leanec pada usia kehamilan 20 minggu, dan menggunakan doppler pada usia kehamilan 12 minggu. Cara Pemeriksaannya yaitu :

a) Tentukan area terdengarnya DJJ yang paling keras (Punktum Maximum). Apabila janin dengan posisi membujur dan presentasi kepala, maka punktum maksimum berada di area antara pusat dan symfisis tergantung dengan letak punggung janin. Sedangkan, apabila janin dalam posisi sungsang dan presentasi bokong, maka punktum maksimum berada di area pusat dan Processus Xipoideus. Selain itu melalui pemeriksaan ini dapat diketahui apakah janin tunggal atau kembar dari DJJ yang terdengar di dua tempat berbeda.

b) Meletakkan fetoskop/leanec pada area punctum maksimum, apabila sudah terdengar bunyi denyut jantung

janin maka pastikan DJJ dengan cara membedakannya dengan denyut nadi ibu pada arteri radialis.

c) Hitung bunyi denyut jantung janin dengan cara 3x tiap 5 detik kemudian jumlahkan dan dikalikan 4 atau hitung selama 1 menit penuh dan perhatikan iramanya, frekuensi DJJ normal pada janin ialah 120-160x/menit.

7) Ekstremitas

Pemeriksaan Ekstremitas meliputi pemeriksaan tangan dan kaki untuk mengetahui adanya pembengkakan/edema sebagai indikasi dari preeklamsia. Pada kaki dilakukan pemeriksaan varices dan edema. Pemeriksaan edema dilakukan dengan cara menekan pada bagian *Pretibia, dorsopedis* dan *MALEOLUS* selama 5 detik, apabila terdapat bekas cekungan yang lambat kembali menandakan bahwa terjadi pembengkakan pada kaki ibu, selain itu warna kuku yang kebiruan menandakan bahwa ibu anemia. Derajat edema yaitu:

- Derajat I : Kedalamannya 1- 3 mm dengan waktu kembali 3 detik.
- Derajat II : Kedalamannya 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik.
- Derajat III : Kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik.
- Derajat IV : Kedalamannya 7 mm atau lebih dengan waktu kembali 7 detik.

8) Genetalia

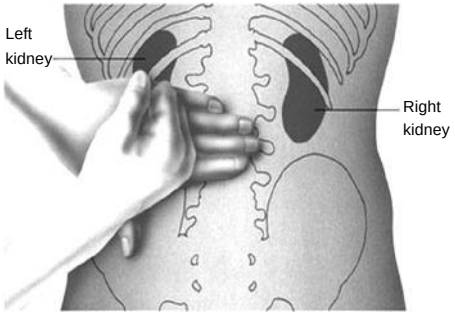
Lakukan pemeriksaan genetalia eksterna dan anus untuk mengetahui kondisi anatomis genetalia eksternal dan mengetahui adanya tanda infeksi dan penyakit menular seksual. Karena adanya peningkatan hormon sekresi cairan vagina semakin menigkat sehingga membuat rasa tak nyaman pada ibu, periksa apakah cairan pervaginaan (secret) berwarna dan berbau. Lakukan pemeriksaan anus bersamaan pemeriksaan genetalia, lihat adakah kelainan, misalnya hemorrhoid (pelebaran vena) di anus dan perineum, lihat kebersihannya.

9) Cek Ginjal

Perubahan yang terjadi selama masa kehamilan menyebabkan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat selam kehamilan. Pada pemeriksaan ginjal ini bertujuan untuk mengetahui adanya gangguan pada sistem urinaria. Cara melakukan pemeriksaan ginjal ialah:

a) Minta ibu untuk duduk membelakangi pemeriksa.

b) Tentukan area untuk dilakukan perkusi pada ginjal dengan cara menyusuri *Costa Vertebra Angel* ke arah belakang.



Gambar 1. Pemeriksaan CVAT

c) Lakukan pukulan lembut pada area yang ditentukan.

d) Apabila terasa nyeri maka menandakan ada masalah pada ginjal dan sistem urinaria.

10) Refleks Patella

Pemeriksaan refleks patella adalah pengetukan pada tendon patella menggunakan refleks hammer. Pada saat pemeriksaan reflex patella ibu harus dalam keadaan rileks dengan kaki yang menggantung. Pada kondisi normal apabila tendon patella diketuk maka akan terjadi refleks pada otot paha depan di paha berkontraksi, dan menyebabkan kaki menendang keluar. Jika reaksi negatif kemungkinan ibu hamil mengalami kekurangan vitamin B1. Jika dihubungkan dengan nantinya saat persalinan, ibu hamil yang refleks patella negatif pada pasien preeklampsia/eklampsia tidak dapat diberikan MgS04.

Jika refleks negatif, ada kemungkinan ibu mengalami keracunan MgS04. Pada Tabel di bawah ini akan menunjukkan skala penilaian reflek Patella :

Tabel 9. Skala penilaian reflek Patella

No	Grade	Deskripsi
1	0	Arefleksia
2	+/+1	Hiporefleksia
3	++/+2	Normal
4	+++/+3	Hiperefleksia
5	++++/+4	Hiperefleksia dengan Klonus

Untuk nilai "0" disebut Arefleksia menandakan bahwa pasien tidak dapat merespon rangsangan, bahkan setelah melakukan *jendrassik MANEUVER* yaitu mengalihkan perhatian orang agar tidak berupaya untuk menahan refleks. Nilai "+1" disebut Hiporefleksia menandakan bahwa adanya kontraksi otot, tetapi tidak ada kontraksi pada sendi. Nilai "+2" disebut Normal menandakan bahwa adanya kontraksi otot dan sendi. Nilai "+3+ disebut Hiperefleksia menandakan bahwa refleks terjadi lebih cepat dari biasanya dan berlangsung lebih hebat karena adanya perluasan stimulus di otot bukan ditendon pasien. Nilai "+4" disebut Hiperefleksia dengan Klonus menandakan respon refleks yang berulang dan ritmis apabila tendon diregangkan secara manual (Wang et.al, 2005).

11) Pemeriksaan Panggul

Pada ibu hamil perlu dilakukan pemeriksaan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan, apakah terdapat dugaan kesempitan panggul atau kelainan panggul. Pemeriksaan Panggul dilakukan:

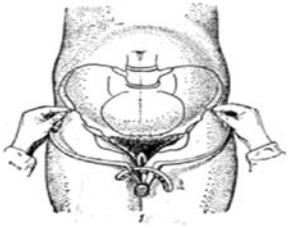
a) Pada pemeriksaan pertama pada ibu hamil.
b) Pada ibu yang pernah melahirkan namun ada kelainan pada persalinan yang lalu (SC).
c) Primigravida.

Pemeriksaan Panggul Luar

Ukuran-ukuran luar dapat memberi petunjuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit. Ukuran-ukuran luar yang terpenting adalah :

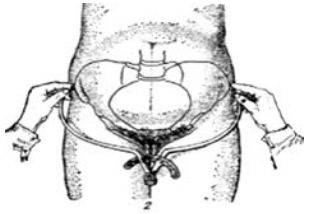
Gambar 2. Pemeriksaan Panggul Luar

- Distantia spinarium (± 24 cm - 26 cm)



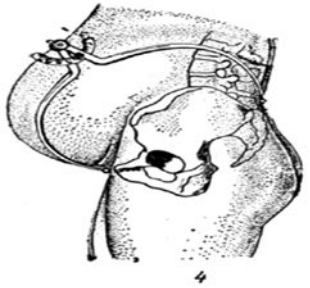
Jarak antara spina iliaka anterior superior sinistra dan dextra.

- Distantia cristarum (± 28 cm - 30 cm)



Jarak yang terjauh antara crista iliaka kanan dan kiri.

- Conjugata externa (boudeloque)(±18cm)



Jarak antara tepi atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V.

- Ukuran lingkar panggul

  Diukur dari tepi atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior sinistra dan trochanter major sinistra kemudian keprocessus spinosus ruas tulang lumbal ke-V kemudian teruskan pengukuran ke pertengahan antara spina iliaca anterior superiordextra dan trochanter major dextra dan kembali lagi ke tepi atas symfisis pubis, pengukuran lingkar panggul menggunakan dengan pita meterdengan batas normal (80-95 cm).

12) Pemeriksaan Penunjang/Laboratorium

a) Pemeriksaan Urin

- Protein urin

  Tingginya kadar protein dalam urin ibu hamil dapat mengindikasikan terjadinya preeklampsi. Preeklampsi

ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester kedua - kehamilan. Pemeriksaan protein urin dibutuhkan oleh ibu hamil bila dicurigai mengalamai preeklampsi ringan atau berat, dari hasil pemeriksaan ini kita dapat memberikan asuhan kepada ibu hamil yang ditujukan untuk mencegah timbulnya masalah potensial yaitu terjadinya eklamsi.

Cara menilai hasil :

- Negatif : Tidak ada kekeruhan
- Positif + : Kekeruhan ringan tanpa butiran (0,01, 0,05% protein).
- Positif ++ : Kekeruhan mudah dilihat dan dengan butiran (0,05-0,2% protein)
- Positif +++ : Urin jelas keruh dan kekeruhan dengan kepingan (0,2-0,5 % protein)
- Positif ++++ : Urin sangat keruh dan kekeruhan dengan gumpalan (> dari 0,5 %

Gambar 3. Hasil Pemeriksaan Protein Urin

- Glukosa Urin

Pemeriksaan pada sampel urin untuk mengetahui adatidaknya glukosa pada urin. Pada pemeriksaan sangat dibutuhkan pada ibu hamil, karena pada pemeriksaan ini kita dapat mengetahui resti pada ibu hamil, yaitu DM. Pada hasil pemeriksaan yang mengandung Glukosa dan fruktosa maka memiliki sifat pereduksi sehingga warna benedict berubah. Sedangkan sukrosa tidak memperlihatkan perubahan berarti, karena tidak mempunyai pereduksi.

Cara menilai hasil :

- Negatif (-) : Tetap biru atau sedikit kehijau-hijauan
- Positif (+) : Hijau kekuning-kuningan dan keruh (0,5 1% glukosa)
- Positif (++) : Kuning keruh (1-1,5% glukosa)
- Positif (+++) : Jingga atau warna lumpur keruh (2-3,5% glukosa)
- Positif (++++) : Merah keruh (> dari 3,5 % glukosa)

Gambar 4. Hasil Pemeriksaan Glukosa Urin

b) Pemeriksaan Darah

- Golongan Darah

Cairan yang besirkulasi di dalam tubuh manusia disebut dengan darah dan berfungsi untuk mengirimkan zat-zat dan oksigen yang dibutuhkan oleh jaringan tubuh. Selain itu darah juga berfungsi sebagai pertahanan tubuh dari virus dan bakteri. Volume darah di dalam tubuh manusia kira-kira 1/12 dari BB atau sekitar 5 liter dengan rincian 1 liter darah di paru-paru, 3 liter dalam vena-vena sistem peredaran darah dan 1 liter di dalam jantung dan arteri. Komposisi susunan darah yaitu air 91 %, protein 8 % (Albumin, globulin, protombin, dan fibrinogen), mineral 0,9 % (natrium klorida, natrium bikarbonat, garam kasium, fosfor besi dan seterusnya) dan bahan organik 0,1% (glukosa, lemak, urea, asam urat, kreatinin, kolestrol dan asam amino). Tindakan transfusi darah dapat dilakukan apabila golongan darah pendonor dan pasien sesuai, Jika tidak sesuai maka akan terjadi penggumpalan plasma darah atau aglutinin menggumpal dan terjadi hemolisis (pecahnya sel darah merah). Sampai tahun 1900 transfusi darah pada manusia sering menjadi penyebab kematian sehingga Landsteiner mengajukan konsep mengenai golongan darah yang kini menjadi dasar dalam transfusi darah.

Sistem golongan darah dapat dilihat jika ada reaksi mukopolisakarida atau disebut dengan aglutinogen yang terdapat dipermukaan sel darah merah. Aglutinogen itu bisa dinamakan A dan B. Seseorang yang mempunyai aglutinogen A di dalam sel darah merahnya disebut golongan darah A, Seseorang yang mempunyai aglutinogen B di dalam sel darah merahnya disebut golongan darah B, Seseorang yang mempunyai aglutinogen A dan B di dalam sel darah merah-

nya disebut golongan darah AB dan Seseorang yang tidak mempunyai aglutinogen A maupun B di dalam sel darah merahnya disebut golongan darah O. Sistem pengujian darah seperti ini dinamakan sistem ABO. Prosesnya dilakukan secara manual yaitu dengan cara meneteskan 2 jenis cairan atau reagen pada sampel darah. Dalam proses pengujiannya sampel darah akan ditetesi suatu reagen dan akan terjadi aglutinasi atau penggumpalan darah. Pada tabel ini dapat dilihat hasil reaksi aglutinasi dan non-aglutinasi pada golongan darah.

Tabel 10. Reaksi aglutinasi dan non-aglutinasi

Anti A	Anti B	Golongan
+	-	A
-	+	B
+	+	AB
-	-	O

Ket : + (aglutinasi) dan – (non-aglutinasi)

- Pemeriksaan Hb

Haemoglobin merupakan protein yang terdapat dalam sel darah merah atau eritrosit yang memberi warna merah pada darah. Haemoglobin terdiri atas zat besi yang merupakan pembawa oksigen. Pemeriksaan Hb bertujuan untuk mengetahui apakah ibu anemia atau tidak. Prinsip kerja pemeriksaan Hb (Haemoglobin) yaitu oleh asam klorida diubah menjadi hematin asam yang berwarna coklat tua. Penambahan aquadest sampai warnanya sama dengan standar warna, kadar Hb dibaca dalam satuan gram/dl. Teknik pemeriksaan ada 2 yaitu dengan metode Sahli dan Sianmethemoglobin. Metode Sahli yaitu Darah diencerkan dengan larutan HCl sehingga hemoglobin berubah menjadi hematin asam. Untuk dapat menentukan kadar hemoglobin dilakukan dengan mengencerkan larutan campuran tersebut dengan aquadest sampai warnanya sama dengan warna batang gelas standart. Metode Sianmethemoglobin yaitu Ferrosianida mengubah besi pada Hb dari bentuk ferro ke bentuk ferri menjadi methemoglobin yang kemudian bereaksi dengan KCN membentuk pigmen yang stabil yaitu sianmethemoglobin. Intensitas warna yang terbentuk yang diukur fotometrok 540 nm. Kalium-hidrogen-fosfat digunakan agar pH tetap dimana reaksi dapat berlangsung.

7. Menentukan Diagnosis

Diagnosa kehamilan ditegakkan berdasarkan atas ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan. Tanda kehamilan ditentukan dengan melakukan anemnesa (tanya jawab), pemeriksaan fisik dan pemeriksaan labolatorium.

a. Menentukan normalitas kehamilan membuat kesimpulan dari seluruh hasil pemeriksaan.

b. Berdasarkan data dasar yang mengacu pada kondisi yang fisiologis dalam kehamilan.

c. Dituntut pemahaman mengenai perubahan anatomi fisiologi ibu hamil, serta adaptasi psikologis ibu hamil di setiap trimester.

Tanda-tanda kehamilan ada 3 yaitu :

1) Tanda pasti

Tanda pasti adalah tanda-tanda obyektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu :

- Terasa gerakan janin Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu. Pada bulan ke IV dan V janin kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka janin akan melenting melenting. Ballottement dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam.
- Teraba bagian-bagian janin Bagian-bagian janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut leopold pada akhir trimester kedua.
- Denyut jantung janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksaan dengan menggunakan :
  - Fetal Electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu
  - Doppler pada kehamilan 12 minggu.
  - Fetoskop/laenec pada kehamilan 18 – 20 minggu
- Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen (>16 minggu).
- Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin dan diameter biparietal hingga perkiraan tuanya kehamilan.

2) Tanda persumtif/tanda tidak pasti

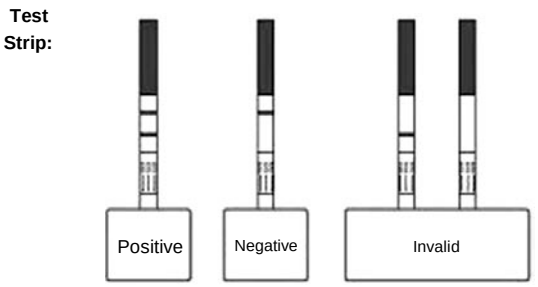
- Amenorea (Tidak dapat haid)

  Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak mendapat haid lagi.
- Mual muntah.
- Payudara tegang.

- Mengidam (ingin makanan khusus).
- Hipersalivasi.
- Konstipasi.
- Pigmentasi kulit.

3) Tanda kemungkinan hamil

- Pembesaran rahim dan perut.
- Pada pemeriksaan dijumpai.
  - Tanda hegar (Serviks teraba lunak).
  - Tanda chadwick (Serviks berwarna kebiruan).
  - Tanda piscasek (Uterus yang terus bertambah besar ke salah satu arah).
  - Kontraksi uterus jika di rangsang (Braxton Hicks).
  - Teraba ballotement (saat uterus digoyangkan maka janin akan melenting dalam uterus).
  - Reaksi pemeriksaan kehamilan positif.



Gambar 5. Hasil pemeriksaan tes urin

8. Keluhan yang Lazim Dialami Selama Masa Kehamilan

a. Mual/muntah

Penyebab pasti tidak diketahui, mungkin disebabkan: Perubahan hormonal (peningkatan kadar HCG, estrogen/ progesteron, gula darah rendah.

- Kelebihan asam gastric/asam klorida.
- Gerak Peristaltic lambat (dikarenakan estrogen dan progesteron meningkat).
- Perubahan dalam metabolisme.

Cara meringankan/mencegah

- Hindari bau atau faktor penyebab.
- Makan porsi kecil tapi sering, bahkan setiap 2 jam.
- Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum bangun pagi.
- Hindari makanan yang berminyak dan berbumbu merangsang.
- Bangun dari tidur secara perlahan dan hindari melakukan gerakan secara tiba-tiba.
- Hindari menggosok gigi setelah makan.
- Hirup udara segar, pastikan cukup udara di dalam rumah.

Tanda bahaya yang dapat terjadi

- Pertambahan berat badan (BB) yang tidak memadai.
- Kehilangan BB yang signifikan.
- Malnutrisi/KEK.
- Hiperemesis gravidarum (mual muntah yang berlebihan selama kehamilan).
- Dehidrasi.

b. Fatigue (kelelahan)

Penyebab tidak diketahui. Mungkin berhubungan dengan penurunan laju metabolisme basal pada awal kehamilan.

Cara meringankan atau mencegah

- Yakinkan bahwa hal ini normal terjadi dalam kehamilan.
- Anjurkan ibu untuk sering beristirahat.
- Mengurangi aktivitas yang berat.

Tanda-tanda bahaya

- Terdapat gejala anemia (lelah, konjungtiva mata pucat).
- Ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan/aktivitas sehari-hari.
- Tanda dan gejala depresi.

c. Leucorrhea

Peningkatan sejumlah lendir dan kelenjar endoservical sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.

Cara meringankan

- Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari.
- Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun agar lebih kuat daya serapnya.
- Hindari pakaian dalam yang terbuat dari nilon/bahan yang tidak menyerap keringat.

Tanda-tanda bahaya

- Jika sangat banyak/berbau menyengat/warna kuning/ abu-abu (servicitis, vaginitis).
- Pengeluaran cairan (selaput ketuban pecah).
- Perdarahan pervaginam (Solutio plasenta, placenta previa, lesi pada serviks/vagina, *bloody show*).

d. Edema/Bengkak

Biasanya terjadi pada trimester II dan III dikarenakan

- Peningkatan kadar sodium pengaruh hormonal.
- Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah.
- Peningkatan kadar permeabilitas kapiler.
- Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/pada vena kava inferior ketika berbaring.

Cara meringankan atau mencegah

- Hindari posisi berbaring terlentang.
- Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan.
- Angkat kaki ketika duduk/istirahat.
- Hindari kaos yang ketat/tali/pita yang ketat pada kaki.
- Lakukan senam secara teratur.

Tanda-tanda bahaya

Jika muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan teinuria serta hipertensi (waspada preeklampsi/eklampsia).

9. Mengidentifikasi Tanda dan Gejala Penyimpangan Dari Keadaan Normal

a. Melalui anamnesis dengan teknik yang efektif.

b. Bidan menguasai teori mengenai kehamilan yang normal dan tidak normal. Tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal kehamilan adalah tanda gejala yang menunjukkan adanya keadaan-keadaan yang tidak normal dari ibu atau janin yang dikandung yang mengindikasikan adanya bahaya dan terwujud dalam respon anatomis maupun fisiologis. Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga dan masyarakat perlu mengetahui, mengenali dan mengidentifikasi gejala

penyimpanan yang terjadi pada setiap kehamilan. Beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan :

- Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda maupun tua.
- Nyeri pada perut bagian bawah.
- Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang.
- Demam atau panas tinggi. (saat Demam Tinggi Ibu Hamil tidak disarankan minum obat penurun panas, sebaiknya cukup diberikan air putih).
- Air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin.
- Gerakan Bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, sama sekali. (seorang ibu hamil bisa merasakan gerakan janin kurang lebih 10 kali dalam 24 jam).
- Ibu Hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali.

10. Mengidentifikasi Kunjungan untuk Kebutuhan Belajar

a. Bidan harus aktif dalam mengajukan pertanyaan, sehingga penyuluhan benar-benar sesuai kebutuhan pasien.

b. Pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) bertujuan untuk memberi pemecahan masalah sesuai dengan hasil kajian pada saat melakukan asuhan pada ibu hamil. Pelaksanan KIE sebaiknya secara berurutan dengan pelaksanaan pendidikan kesehatan, tidak semua ibu hamil dan keluarganya mendapati bimbingan konseling kesehatan yang memadai, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas.

Kunjungan antenatal memberi kesempatan bagi petugas kesehatan untuk memberikan informasi kesehatan esensial bagi ibu hamil dan keluarganya termasuk rencana persalinan (dimana, penolong, dana, pendamping dsb) dan cara merawat bayi. Beberapa informasi tersebut adalah :

- Pemberian buku KIA

  Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) wajib dimiliki oleh setiap ibu hamil, karena materi konseling dan edukasi yang diperlukan diberikan tercantum di buku tersebut.

  Pastikan bahwa ibu memahami hal-hal berikut:

- Perencanaan persalinan dan pencegahan Komplikasi (P4K), termasuk:
  - Siapa yang akan menolong persalinan.
  - Dimana akan melahirkan.
  - Siapa yang akan membantu dan menemani dalam persalinan.
  - Kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan.
  - Metode transportasi bila diperlukan rujukan.
  - Dukungan biaya.
- Pentingnya peran suami atau pasangan dan keluarga selama kehamilan dan persalinan.
- Pemberian suplemen vitamin dan tablet FE. Setiap ibu hamil minimal mendapat 90 tablet FE selama kehamilannya. Setiap tablet berisi zat besi 60 mg dan Asam folat 0,5 mg. Kebutuhan zat besi pada wanita hamil rata-rata mendekati 800 mg. Kebutuhan ini terdorong dari sekitar 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta serta 500 mg lagi diperlukan untuk meningkatkan masa hemoglobin maternal.
- Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin misalnya hipertensi, TBC, HIV, serta infeksi menular seksual lainnya.
- Perencanaan program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalin.
- Kesehatan ibu termasuk kebersihan diri, aktivitas, dan nutrisi.

c. Mengembangkan perencanaan

1) Menetapkan kebutuhan pemeriksaan laboratorium

Tujuan dilakukannya tes laboratorium adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi kehamilan pada ibu hamil. Hal-hal yang bersangkutan dengan test laboratorium :

a) Pemeriksaan urin, untuk mengetahui adanya kadar protein dan kadar glukosa di dalam urin.

b) Pemeriksaan darah, untuk mengetahui golongan darah, faktor rhesus (Rh), Hemoglobin (Hb).

c) Pemeriksaan ultrasonografi, untuk mengetahui apakah ada komplikasi kehamilan atau tidak, memastikan kehadiran janin, ukuran janin dan posisi plasenta, serta menetapkan bahwa ukuran janin meningkat atau tidak. Untuk mengetahui kondisi yang ada di dalam uterus dapat dilihat melalui layar oskiloskop dalam bentuk gambar bayangan.

d) Menetapkan kebutuhan belajar/bimbingan bagi pasien

Memberikan pendidikan kesehatan bagi ibu bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ten-

tang pemeliharan dan peningkatan kesehatan bagi diri sendiri, keluarga dan lingkungan. Memberikan Pendidikan kesehatan berdasarkan apa yang ditanyakan oleh ibu dan berdasarkan data pengkajian subjektif dan objektif dan materi-materi pendidikan kesehatan sesuai dengan usia kehamilannya.

e) Menetapkan kebutuhan untuk pengobatan komplikasi ringan

Ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan, pada setiap komplikasi tersebut dibutuhkan penanganan dan pengobatan agar kehamilan tersebut dapat berjalan lancar (normal) seperti yang diharapkan oleh ibu hamil, keluarganya, maupun petugas kesehatan.

f) Menetapkan kebutuhan untuk konsultasi atau rujukan ke tenaga kesehatan lain.

g) Layanan kebidanan rujukan yaitu merupakan pengalihan tanggung jawab pelayanan oleh bidan kepada sistem pelayanan yang lebih tinggi atau lebih kompeten ataupun pengambil alihan tanggung jawab pelayanan atau menerima rujukan dari penolong persalinan lainnya seperti rujukan atau tanggung jawab dokter.

d. Menetapkan jadwal kunjungan sesuai dengan perkembangan kehamilan

Jadwal kunjungan dibuat berdasarkan kesepakatan antara pasien dan bidan, dimaksudkan agar pasien memiliki tanggung jawab terhadap kesehatan dirinya adapun jadwal pemeriksaan kehamilan ialah Perkembangan Kehamilan Menurut standar WHO bahwa dalam kehamilan, minimal kunjungan ANC adalah 4 kali selama kehamilan dengan penjelasan sebagai berikut:

1) Kunjungan I : Dilakukan sebelum minggu ke 14 (pada trimester I).
2) Kunjungan II : Dilakukan sebelum minggu ke 28 (pada trimester II).
3) Kunjungan III : Dilakukan antara minggu 28 - 36 (pada trimester III).
4) Kunjungan IV : Dilakukan setelah minggu ke 36 (pada trimester III).

Tabel 11. Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Trimester

Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Trimester		
Trimester I	**Trimester II**	**Trimester III**
PP Tes	-	-
Buku KIA	Buku KIA	Buku KIA
Stiker P4K	Stiker P4K	Stiker P4K
Anamnesa Keseluruhan	Anamnesa Keseluruhan	Anamnesa Keseluruhan
Pemfis Head to Toe	Pemfis Head to Toe	Pemfis Head to Toe
Leopold I	Leopold I, II, III	Leopold I, II, III, IV
Pengukuran Panggul	Pengukuran Panggul	Pengukuran Panggul
Cek Ginjal	Cek Ginjal	Cek Ginjal
Refleks Patella	Refleks Patella	Refleks Patella
Pem. Laboratorium	Pem. Laboratorium	Pem. Laboratorium

11. Ketidaknyamanan Saat Kehamilan

a. Trimester I

1) Mual muntah

Dari hasil penelitian Lacasse (2009) dari 367 wanita hamil, 78,47% mual muntah terjadi pada trimester pertama, dengan derajat mual muntah yaitu 52,2% mengalami mual ringan, 45,3% mengalami mual muntah sedang dan 2,5% mengalami mual muntah berat. Pada

trimester dua, 40,1% wanita masuh mengalami mual muntah dengan rincian 63,3% mengalami mual muntah ringan, 35,9% mengalami mual muntah sedang, dan 0,8 % mengalami mual muntah berat. Penyebab pasti *morning sickness* belum diketahui dengan jelas, akan tetapi mual dan muntah dianggap sebagai masalah multifaktorial.

2) Hipersalivasi

Air liur berlebihan atau hipersalivasi atau sialorrehea adalah peningkatan sekresi air liur yang berlebihan. Sebesar 2-4% wanita hampir pada trimester pertama mengalami peningkatan air liur. Keadaan ini dihubungkan dengan munculnya mual muntah pada trimester pertama. Untuk cara mengatasinya dengan menikat gigi, berkumur, atau menghisap permen yang mengandung mint.

3) Pusing

Pusing biasanya terjadi pada awal kehamilan. Penyebab pasti belum diketahui. Akan tetapi diduga karena pengaruh hormon progesteron yang memicu dinding pembuluh darah melebar, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan tekanan darah dan membuat ibu merasa pusing. Cara Mengatasinya : Bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari berdiri terlalu lama, hindari lingkungan yang terlalu ramai dan berdesak-desakan, hindari berbaring dalam posisi supine.

4) Mudah lelah

Pada awal kehamilan, wanita sering mengeluhkan mudah lelah. Penyebab pastinya belum diketahui. Teori yang muncul yaitu diakibatkan oleh penurunan drastic

laju metabolism dasar pada awal kehamilan. Selain itu, peningkatan progesteron memiliki efek menyebabkan tidur. Keluhan ini akan hilang pada akhir trimester pertama.

Asuhan kebidanan yang dilakukan yaitu:

a) Meyakinkan ibu bahwa kelelahan ini adalah hal yang normal dan bahwa kelelahan akan hilang secara spontan pada trimester II.
b) Melakukan pemeriksaan kadar zat besi.
c) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di siang hari.
d) Menganjurkan ibu untuk inum lebih banyak, karena efek dari dehidrasi adalah kelelahan.
e) Menganjurkan ibu untuk melakukan latihan fisik (olahraga) ringan.
f) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang.

5) HEARTBURn

Sebesar 17-45% wanita hamil mengeluhkan rasa terbakar atau dalam bahasa medis disebut juga *HEARTBURn*. Ini disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron, estrogen, relaxing yang mengakibatkan relaksasi otot-otot dan organ termasuk pencernaan. Hal tersebut menurunkan ritme dan motilitas lambung serta penurunan tekanan spingter esophagus bawah. Akibatnya makanan yang masuk cenderung lambat diserna sehingga makanan relatif menumpuk. Langkah pertama untuk mengurangi keluhan itu *HEARTBURn* adalah dengan memperbaiki pola hidup, misalkan mengindari makan tengah malam, makan dengan porsi besar, memposisikan kepala lebih tinggi pada saat telentang atau tidur.

6) Sering kencing

Selama kehamilan, terjadi perubahan besar baik secara anatomi maupun fisiologi dalam sistem perkemihan yang mengakibatkan munculnya keluhan baik fisiologis dan patologis. Mulai usia gestasi 7 minggu, ukuran ginjal bertambah sekitar 1 cm, dan juga terjadi pada saluran kemih bagian bawah.

Peningkatan estrogen dan progesteron pada kehamilan menyebabkan mokusa pada *bladder* (kandung kemih) menjadi peningkatan jumlah aliran darah. Cara mengatasinya: Jangan pernah menahan keinginan untuk buang air kecil, hal ini dapat menyebabkan infeksi saluran kencing, meskipun anda mengalami sering buang air kecil, namun porsi minum anda jangan sampai dikurangi, sering buang air kecil dapat membuat kondisi daerah vagina anda lembab, jaga kebersihan pada daerah vagina anda.

7) Konstipasi

Pada awal kehamilan, konstipasi terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan otot plos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Cara Mengatasinya: Tingkatkan mengkonsumsi cairan dan serat. misalnya: Buah, sayur, minum air hangat ketika perut kosong, istirahat cukup, senam hamil (terlampir), buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan.

b. Trimester II

1) Pusing

Pusing merupakan timbulnya perasaan melayang karena peningkatan volume plasma darah yang mengalami

peningkatan hingga 50%. Peningkatan jumlah sel darah merah akan mempengaruhi kadar hemoglobin darah, sehingga jika peningkatan volume dan sel darah merah tidak diimbangi dengan kadar hemoglobin yang cukup, akan mengakibatkan terjadinya anemia. Cara Mengatasinya : Bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari berdiri terlalu lama, hindari lingkungan yang terlalu ramai dan berdesak-desakan, hindari berbaring dalam posisi supine.

2) Sering berkemih

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, massa uterus akan bertambah dan ukuran uterus mengalami peningkatan, sehingga uterus membesar ke arah luar pintu atas panggul menuju rongga abdomen. Perubahan itu menyebabkan tertekannya kandung kemih oleh volume uterus yang semakin bertambah menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang akibat daya tampung kandung kemih berkurang.

3) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah biasa dikeluhkan 10-30% ibu hamil pada akhir trimester I atau ketika memasuki trimester II. Ini disebabkan karena tertariknya ligamentum, sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa akibat gerakan tiba-tiba, dibagian perut bawah. Yang dapat dilakukan bidan terkait nyeri fisiologis pada bagian bawah perut pada masa kehamilan, yaitu: Menganjurkan ibu untuk menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok, mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik, sehingga memperingan gejala nyeri yang mungkin timbul.

4) Nyeri punggung

Dialami oleh 20-25% ibu hamil. Keluhan ini dimulai pada usia kehamilan 12 minggu dan akan meningkat pada usia kehamilan 24 minggu hingga menjelang persalinan. Rasa nyeri sering dirasakan ibu pada waktu malam hari. Hal ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah vena ke arah lumbal sebagai peralihan cairan dari instraseluler ke arah esktraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu. Untuk mengurangi keluhan itu memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya, menganjurkan ibu untuk melakukan *exercise* selama hamil untuk melatih otot-otot tubuh serta membantu dalam menyesuaikan dengan perubahan fisiologi yang terjadi, menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitasnya serta menambah waktu istirahat.

5) Flek kecoklatan pada wajah dan sikatrik

Sikatrik atau stretch marck-striae merupakan garis terang atau gelap kemerahan yang biasa timbul pada bagian payudara, perut, bokong, dan betis pada waktu kehamilan. Pada multigravida, striae kemerahan tersebut sering di sertai garis-garis putih, Terdapat garis pigmentasi dari simpisis pubis sampai ke bagian atas fundus di tengah garis tubuh di induksi hormon timbul. Pada primigravida, garis terlihat pada bulan ke tiga terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada multigravida, keseluruhan garis sering kali muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat pula tanda regangan yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang dapat disebabkan oleh kerja adenokortikosteroid.

Menunjukan pemisahan jaringan ikat (kolagen) di bawah kulit. Garis-garis yang sedikit cekung ini cenderung timbul di daerah dengan regangan maksimum (misalnya di abdomen, paha, dan payudara). Cara mengatasinya: Gunakan emolienluar atau antiprurutik menurut indikasinya, gunakan/kenakan pakaian yang menopang payudara dan abdomen.

6) Sekret vagina berelebih

Peningkatan cairan serviks selama kehamilan karena pengaruh peningkatan vaskularisasi dan hiperaemia pada bagian serviks vagina dan perineum. Hal ini menyebabkan terjadi pengentalan mokusa, jaringan ikat melonggar dan sel-sel otot polos hipertropi. Selain itu estrogen memicu peningkatan jumlah glikogen yang menyebabkan PH vagina menjadi asam. Cara mengatasinya ibu disarankan untuk menjaga kebersihan dirinya, yaitu dengan mengganti celana dalam sesering mungkin, serta memelihara kebersihan alat reproduksinya tetap kering setelah buang air kecil untuk mencegah pertumbuhan mikroorganisme.

7) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan otot plos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Cara Mengatasinya: Tingkatkan mengkonsumsi cairan dan serat. Misalnya : Buah, sayur, minum air hangat ketika perut kosong, istirahat cukup, senam hamil (terlampir), buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan.

c. Trimester III

1) Sering kencing

Keluhan sering kencing karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Menjelang akhir kehamilan, presentasi terendah sering ditemukan janin yang memasuki pintu atas panggul, sehingga menyebabkan dasar kandung kemih terdorong ke depan dan ke atas, mengubah permukaan yang semua konveks menjadi konkaf akibat ada tekanan. Dalam menangani keluhan ini, jelaskan kepada ibu bahwa sering kencing merupakan hal normal akibat dRi perubahan yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.

2) Varises dan wasir

Kelemahan katup vena pada kehamilan karena tingginya kadar hormone progesteron dan estrogen sehingga aliran darah balik menuju jantung melemah dan vena dipaksa bekerja lebih keras untuk dapat memompa darah. Karenanya, varises vena banyak terjadi pada tungkai, vulva dan rectum. Selain perubahan yang terjadi pada vena, penekanan uterus yang membesar selama kehamilan pada vena panggul saat duduk atau berdiri dan penekanan vena kava inferior saat ia berbaring dapat menjadi penyebab dari varises. Cara mengatasi varies dan kram diantaranya dengan latihan senam ringan selama kehamilan dengan teratur, menjaga sikap tubuh yang baik, tidur dengan posisi kaki sedikit tinggi selama

10-15 menit dan dalam keadaan miring, hindari duduk dengan posisi kaki menggantung, serta mengkonsumsi sulpemen kalsium.

Wasir atau hemoroid sering didahului dengan konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus secara umum mengakibatkan peningkatan dan tertekannya vena rekctum. Pengaruh hormon progesteron dan tekanan yang disebabkan oleh uterus menyebabkan vena-vena pada rectum mengalami tekanan yang lebih besar dari biasanya. Untuk mengatasinya hindari memaksakan mengejan saat BAB jika tidak ada rangsangan untuk mengedan, mandi berendam dengan air hangat untuk memberi kenyamanan, dan juga meningkatkan sirkulasi peredarah darah, anjurkan ibu untuk memasukan kembali hemoroid ke dalam rectum menggunakan lubrikasi, lakukan latihan mengencangkan perineum (kegel).

3) Sesak nafas

Sesak nafas yang berlangsung pada saat istirahat atau aktivitas yang ringan sering disebut sebagai sesak nafas yang normal. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya usaha bernafas ibu hamil. Peningkatan ventilasi menit pernafasan dan beban pernafasan yang meningkat dikarenakan oleh Rahim yang membesar sesuai dengan kehamilan sehingga menyebabkan peningkatan kerja pernafasan. Selain itu juga dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil,

dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga.

Untuk menangani sesak nafas ini dapat dilakukan secara sederhana dengan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang berat dan berlebihan, di samping itu ibu hamil perlu memperhatikan posisi pada duduk dan berbaring. Disarankan agar ibu hamil mengatur posisi duduk dengan punggung tegak, jika perlu disangga dengan bantal pada bagian punggung.

4) Bengkak dan kram pada kaki

Bengkak atau kram pada kaki adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Oedema pada kaki biasa dikeluhkan pada usia kehamilan di atas 34 minggu. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Cara mengatasinya anjurkan ibu jika duduk kaki jangan menggantung, hindari mengenakan pakaian yang ketat dan berdiri lama, duduk tanpa sandaran, lakukan mandi air hangat untuk memberi rasa nyaman.

Wanita hamil sering mengeluhkan adanya kram pada kaki yang berlangsung pada malam hari atau menjelang pagi hari. Karam pada kaki saat kehamilan sering dikeluhkan oleh 50% wanita pada usia kehamilan lebih dari 24 minggu sampai dengan 36 minggu kehamilan, keadaan ini terjadi karena adanya gangguan aliran atau sirkulasi darah pada pembuluh darah panggul yang disebabkan oleh tertekannya pembuluh tersebut oleh uterus yang semakin membesar pada kehamilan lanjut. Kram juga dapat disebabkan oleh meningkatnya kadar fosfat dan penurunan kadar kalsium. Cara mengatasinya mintalah

ibu untuk meluruskan kakinya dalam posisi berbaring kemudiaan menekan tumitnya atau dengan posisi berdiri dengan tumit menekan lantai, lakukan latihan ringan, rendam di air hangat untuk memperlancar aliran darah, dan anjurkan untuk mengkonsumsi vitamin.

5) Gangguan tidur dan mudah lelah

Gangguan tidur dan sering lelah adalah salah satu keluhan yang paling sering dilaporkan oleh ibu hamil. Pada trimester II hampir semua wanita mengalami gangguan tidur, cepat lelah pada kehamilan disebabkan oleh nokturia (sering kencing di malam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Untuk cara mengatasinya anjurkan ibu untuk mandi air hangat, minum air hangat, lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.

6) Nyeri perut bawah

Nyeri perut bagian bawah biasa dikeluhakan 10-30% ibu hamil pada akhir trimester I atau ketika memasuki trimester II. Ini disebabkan karena tertariknya ligamentum, sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa akibat gerakan tiba-tiba, dibagian perut bawah. Yang dapat dilakukan bidan terkait nyeri fisiologis pada bagian bawah perut pada masa kehamilan, yaitu: Menganjurkan ibu untuk menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok, mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik, sehingga memperingan gejala nyeri yang mungkin timbul.

7) HEARTBURn

Sebesar 17-45% wanita hamil mengeluhkan rasa terbakar atau dalam bahasa medis disebut juga *HEARTBURn*. Ini

disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron, estrogen, *relaxing* yang mengakibatkan relaksasi otot-otot dan organ termasuk pencernaan. Hal tersebut menurunkan ritme dan motilitas lambung serta penurunan tekanan spingter esophagus bawah. Akibatnya makanan yang masuk cenderung lambat diserna sehingga makanan relatif menumpuk.

Langkah pertama untuk mengurangi keluhan itu *heartburn* adalah dengan memperbaiki pola hidup, misalkan mengindari makan tengah malam, makan dengan porsi besar, memposisikan kepala lebih tinggi pada saat telentang atau tidur.

12. Perbedaan Antara Ketidaknyamanan dengan Komplikasi Kehamilan

Membedakan ketidaknyamanan selama kehamilan dengan komplikasi kehamilan dengan cara :

a. Mengkaji keluhan yang dirasakan pasien melalui anamnesis yang efektif dan komunikatif.
b. Dikuatkan dengan pemeriksaan fisik, terutama yang berkaitan dengan keluhan yang dirasakan pasien.
c. Pengambilan kesimpulan secara tepat untuk mengurangi risiko komplikasi.

13. Olahraga Bagi Ibu Hamil

a. Defenisi

Olahraga merupakan aktivitas untuk melatih tubuh seseorang baik secara jasmani maupun rohani. Semakin sering melakukan olahraga, maka tubuh akan semakin sehat.

b. Manfaat

Manfaat olahraga diantaranya adalah :

1) Membuat tubuh tidak mudah terserang berbagai penyakit dan gangguan kesehatan lainnya.
2) Memperbaiki kerja jantung dalam memompa darah didalam tubuh.

c. Jenis olahraga pada ibu hamil

Ada banyak gerakan atau latihan fisik dan psikologis yang baik dilakukan oleh ibu hamil diantaranya :

1) Senam hamil

a) Defenisi

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil ditunjukkan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal dan penyulitan dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai dengan anemia).

b) Manfaat senam hamil

- Membantu proses persalinan agar otot lebih kuat dan semangat.
- Membentuk dan mempertahankan postur tubuh.
- Membatu dalam melatih pernafasan.
- Memperlancar sirkulasi darah.
- Proses pemulihan persalinan lebih cepat.

c) Syarat mengikuti senam hamil

- Melakukan ANC secara rutin dan dinyatakan sehat oleh dokter atau bidan.

- Usia kehamilan > 22 minggu.
- Mengikuti aturan senam.
- Dilakukan di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lain, diawasi oleh intruktur yang sudah mempunyai sertifikat resmi dalam senam hamil (sebaiknya).

d) Langkah-langkah senam hamil

Adapun gerakan atau langkah dalam senam hamil dapat dibag dalam 7 gerakan/latihan yaitu :

- Latihan 1 (9 instruksi) :
  i. Gerakan kaki kiri jauh ke depan, kaki kanan jauh ke belakang.
  ii. Lakukan sebaliknya gerakan kaki kanan jauh ke depan, kaki kiri jauh ke belakang.
  iii. Gerakan kaki kanan dan kiri sama-sama jauh ke depan dan ke belakang (fleksi plantar dan dorsal).
  iv. Gerakan kaki kanan dan kiri bersama-sama ke kanan dan ke kiri.
  v. Gerakan kaki kanan dan kaki kiri bersama-sama ke arah dalam (endorotasi) sampai ujung jari menyentuh lantai, lalu gerakan ke dua kaki kearah luar (eksorotasi).
  vi. Putarkan kedua kaki bersama-sama (sirkunduksi) ke kanan dan ke kiri masing-masing 4 kali.
  vii. Angkat kedua lutut tanpa menggeser kedua tumit dan bokong.
  viii. Tekan kedua tungkai kaki ke lantai sambil mengerutkan otot dubur, lalu tarik otot-otot perut sebelah atas simfisis ke dalam (kempiskan perut) kemudian relaks kembali.
  ix. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.
- Latihan 2 (4 Instruksi)
  i. Sikap : Duduk tegak, kedua tungkai kaki lurus dan tepat.
  ii. Letakkan tungkai kanan di atas tungkai kiri, kemudian tekan tungkai kiri dengan kekuatan seluruh tungkai kanan sambil mengempeskan dinding perut bagian atas dan mengerutkan liang dubur selama beberapa saat, kemudian istirahat.
  iii. Ulangi gerakan ini dengan tungkai kiri di atas tungkai kanan.
  iv. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.
- Latihan 3 (6 Instruksi)
  i. Sikap : Duduk tegak, kedua tungkai kaki lurus, rapat dan rileks.
  ii. Angkat tungkai kanan ke atas, lalu letakkan kembali.
  iii. Angkat tungkai kiri ke atas, lalu letakkan kembali.
  iv. Lakukan pula latihan seperti di atas dalam posisi terlentang.
  v. Kedua tungkai kaki lurus; angkat kedua tungkai bersama-sama, kedua lutut jangan ditekuk, kemudian diturunkan kembali perlahan-lahan.
  vi. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali secara bergantian.
- Latihan 4 (4 Instruksi)
  i. Sikap : Duduk bersila, badan tegak, kedua tangan di atas bahu, kedua lengan di samping badan.

ii. Tekan samping payudara dengan sisi lengan atas
iii. Putarkan kedua lengan tersebut di depan, ke atas samping telinga teruskan sampai ke belakang dan akhirnya kembali ke sikap semula.
iv. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.

- Latihan 5 (3 Instruksi)
  i. Sikap berbaring telentang kedua lengan di samping badan dan kedua lutut ditekuk.
  ii. Angkat pinggul sampai badan dan kedua tungkai atas membentuk sudut dengan lantai yang ditahan oleh kedua kaki dan bahu. Turunkan pelan-pelan.
  iii. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.
- Latihan 6 (4 Instruksi)
  i. Sikap : Berbaringlah telentang, kedua tungkai lurus, kedua lengan berada di samping badan, keseluruhan badan rileks.
  ii. Panjangkan tungkai kanan dengan menarik tungkai kiri mendekati bahu kiri, lalu kembali pada posisi semula. Ingat kedua lutut tidak boleh ditekuk (dibengkokkan).
  iii. Keadaan dan gerakan serupa dilakukan sebaiknya untuk tungkai kiri. Setiap gerakan dilakukan masing-masing dua kali.
  iv. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.
- Latihan 7 (3 Instruksi)
  i. Panggul diputar ke kanan dan ke kiri masing-masing empat kali.
  ii. Tekan pinggang ke lantai sambil mengempiskan perut dan mengerutkan otot dubur, gerakan panggul kekanan, angkat pinggang, gerakkan panggul ke kiri dan seterusnya.
  iii. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.

2) Prenatal Gentle Yoga

a) Defenisi

Prenatal yoga (yoga selama hamil) adalah salah satu jenis modifikasi dari hatha yoga yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil.

b) Tujuan

Tujuan prenatal yoga adalah mempersiapkan ibu hamil secara fisik, mental, dan spiritual untuk proses persalinan. Dengan persiapan matang, ibu akan lebih percaya diri dan memperoleh keyakinan menjalani persalinan dengan lancer dan nyaman (Pratignyo, 2014).

c) Manfaat

Melakukan latihan yoga pada saat hamil, akan mempersiapkan tubuh maupun pikiran untuk siap dan tegar meghadapi masa persalinan dan menyusui. Latihan ini juga bermanfaat mempersiapkan payudara agar berfungsi optimal pada masa menyusui. Tulang-tulang ini dihubungkan oleh tulang rawan dan jaringan ikat, sehingga masing-masing komponen bisa bergerak secara terbatas. Pada saat akhir kehamilan persendian ini harus menjadi sedikit meregang dan lebih lentur untuk memudahkan bayi melewati pintu panggul. Peregangan yang terlalu cepat tanpa persiapan akan membuat rasa pegal dan sakit di daerah tulang belakang dan sendi panggul. Rasa pegal atau sakit ini sering dijumpai pada ibu hamil. Latihan yoga dapat membuka sendi-sendi di daerah panggul. Dengan berlatih yoga jauh sebelum masa mela-

hirkan, pelenturan sendi sudah sering terjadi, sehingga pembukaan pada saat melahirkan tidak terlalu sulit maupun sakit.

d) Prinsip Prenatal Yoga

- Napas dengan penuh kesadaran

  Napas yang dalam dan teratur bersifat menyembuhkan dan menenangkan. Melalui teknik pernapasan yang benar, ibu akan lebih dapat mengontrol pikiran dan tubuhnya.

- Gerakan yang lembut dan perlahan

  Gerakan yang lembut dan mengalir akan membuat tubuh ibu lebih luwes sekaligus kuat. Gerakan prenatal yoga fokus pada otot-otot dasar panggul, otot panggul, pinggul, paha dan punggung.

- Relaksasi dan meditasi

  Dengan relaksasi dan meditasi, seluruh tubuh dan pikiran ibu dalam kondisi yang relaks, tenang dan damai.

- Ibu dan bayi

  Prenatal yoga meluangkan waktu spesial dan meningkatkan bonding antara ibu dan calon bayi. Jika ibu bahagia dan relaks, bayi pun akan merasakan hal yang sama (Pratignyo, 2014).

e) Persiapan Prenatal Yoga :

- Kenakan pakaian yang longgar dan nyaman.
- Berlatih tanpa alas kaki di atas yoga mat.
- Jaga perut agar tidak teralu kenyang dan tidak terla

  lapar.

- Berlatih di pagi hari atau sore hari ketika perut kosong. Lakukan yoga 1-2 jam setelah makan.
- Gunakan bantal, guling, atau kursi sebagai alat bantu melakukan postur yoga.
- Minum air yang banyak sesudah berlatih (Pratignyo, 2014).

f) Kontrandikasi prenatal gentle yoga :

- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan preeklamsia.
- Ibu hamil dengan plasenta previa totalis.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan riwayat serviks inkompeten (mulut rahim lemah).

g) Standar Operasional Prenatal Yoga

- Boleh dilakukan untuk semua ibu hamil yang sehat mulai kehamilan di atas 20 minggu sampai akhir persalinan.
- Mendapatkan rekomendasi dari dokter kandungan atau bidan bahwa ibu hamil dan bayinya dalam keadaan sehat dan aman melakukan aktivitas prenatal yoga.
- Sebelum kelas prenatal gentle yoga pastikan Tekanan darah Ibu dan jantung bayi sehat dan aman. Kelas prenatal gente yoga tiak boleh dilakukan jika TD darah ibu lebih tinggi dari 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal.
- Selalu berikan istirahat diantara 2 gerakan.

- Jika di dalam kelas prenatal yoga tiba-tiba ibu hamil merasa kontraksi segera istirahatkan ibu hamil tersebut dalam posisi tidur miring kerah punggung bayi atau jika tidak tahu persilahkan untuk miring kearah kiri.
- Setelah kegiatan prenatal yoga berakhir, kembali cek TD darah ibu dan detak jantung janin.

3) Gerakan Tadasana atau Samastiti, Urdhva Hastasana dan Namaskara

a) Defenisi

Tadasana artinya berdiri tegak laksana gunung, dalam tadasana, telapak tangan menghadap kesisi paha. Tiga titik segitiga adalah tiga tempat dimana struktur-struktur kaki akan bersandar yaitu : Tonjolan tulang tumit *(TUBEROsitas calcaneal)*, dasar tulang tengah kaki (metatarsal) pertama dan metatarsal kelima.

b) Tujuan

- Meningkatkan kesadaran diri pada tubuh, jiwa dan pikiran.
- Meningkatkan kepercayaan diri dan kebahagiaan, memperbaiki postur, dan menciptakan ruang dalam tubuh. Ruang dalam tubuh memungkinkan organ internal bekerja lebih efisien sehingga meningkatkan fungsi respirasi, pencernaan, dan pelepasan.
- Memperkuat perut dan kaki, juga membantu meredakan linu panggul dan mengurangi kaki datar.
- Memperbaiki postur tubuh, memperkuat paha, dan membantu meringankan sakit punggung.
- Mengurangi kram saat malam hari.

- Mengkoreksi kurva tulang belakang.
- Menyeimbangkan kembali panggul, otot penyangga panggul, dan rahim untuk mengurangi keluhan kehamilan.

c) Ibu yang boleh melakukan gerakan tadasana

- Ibu hamil > 20 minggu.
- Tekanan darah ibu normal (tidak boleh lebih tinggi 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal).
- DJJ 120-160 x/ menit.

d) Ibu yang tidak boleh melakukan gerakan tadasana

- Sakit kepala.
- Insomnia.
- Tekanan darah rendah.
- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan dengan riwayat serviks Inkompeten (mulut rahim lemah).

e) Langkah-langkah gerakan tadasana

- Berdiri tegak.
- Kaki paralel, jempol, ankles, tumit saling bersentuhan.
- Tekan telapak kaki ke tiga titik kaki yaitu tulang tumit *(TUBERositas calcaneal)*, dasar tulang tengah kaki (metatarsal) pertama, dan metatarsal. Tempurung untuk, otot paha kencang.

- Tulang kering satu garis dengan paha.
- Tulang ekor masuk.
- Tegakkan tulang belakang.
- Tulang sternum up, chest lifted.
- Putar lengan atas *(UPPER arm)* ke belakang, buka bahu, tulang belikat saling, berdekatan.
- Jauhkan bahu dari telinga.
- Kepala tegak, pandangan lihat lurus ke depan.
- Kedua tangan lurus di samping kanan dan kiri tubuh satu garis dengan paha.

f) Langkah-langkah gerakan Urdhva Hastasana

- Telapak tangan saling berhadapan
  i. Berdiri tadasana.
  ii. Angkat kedua tangan lurus ke atas, telapak tangan saling berhadapan.
  iii. Saat Exhale, luruskan kedua lengan dan panjangkan sisi kanan dan kiri tubuh.
  iv. Lengan atas segaris/sejajar dengan telinga.
- Telapak tangan saling menyentuh
  i. Berdiri tadasana.
  ii. Angkat kedua tangan lurus ke atas, telapak tangan saling bersentuhan dan saling menekan.
  iii. Saat exhale, luruskan kedua lengan dan panjangkan sisi kanan dan kiri tubuh.
  iv. Lengan atas segaris/sejajar dengan telinga.

Gambar 6. Gerakan Urdhva Hastasana

4) Gerakan Uttanasana dan Ardha Uttanasana

a) Defenisi

Posisi berdiri yang mudah, dimana badan menekuk kedepan. Pada pose ini gunakan gaya gravitasi. Mereka yang mengalami kekakuan di bagian belakang kaki kadang-kadang menariknya ke bawah, yang dapat menimbulkan kekakuan dan penumpukan darah secara berlebihan.

b) Tujuan

- Mengurangi rasa tidak nyaman di perut.
- Menguatkan otot punggung secara intensif.
- Menghilangkan kelelahan mental dan fisik.
- Menyehatkan hati, limpa dan ginjal.
- Mengurangi rasa sakit di punggung dan pinggang.

c) Ibu yang boleh melakukan Gerakan Uttanasana dan Ardha Uttanasana

- Ibu hamil > 20 minggu.

- Tekanan darah ibu normal (tidak boleh lebih tinggi 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal).
- DJJ 120-160 x/menit.

d) Ibu yang tidak boleh melakukan gerakan Gerakan Uttanasana dan Ardha Uttanasana
- Sakit kepala.
- Tekanan darah rendah.
- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan dengan riwayat serviks Inkompeten (mulut rahim lemah).

e) Langkah-langkah Gerakan Uttanasana dan Ardha Uttanasana
- Posisi tadasana dengan jarak di kaki di buka selebar bahu atau bisa lebih lebar untuk "tempat" perut.
- Inhale, jejakkan kaki di lantai, lakukan peregangan kaki kearah atas, tarik tulang punggung memanjang sembari mengencangkan tempurung lutut dan otot paha. Kencangkan otot paha.
- Putar bagian dalam paha atas dan selangkangan ke belakang, tahan punggung agar tetap datar.
- Dorong tulang belikat ke belakang untuk mengangkat dan membuka dada, dengan tetap memanjangkan tulang belakang.

- Exhale, sedikit tekuk lutut dan membungkuk ke depan dan biarkan lengan turun ke lantai. Pastikan ada ruang untuk perut.
- Tempatkan ujung jari jemari tangan ke lanta di depan jari jemari kaki.
- Bernafaslah dan biarkan pengaruh gravitasi membuat otot di tulang belakang menjadi lebih panjang.
- Ketika sudah siap untuk kembali ke posisi semul, tekan kaki ke arah bawah dan pertahankan kekuatan kaki, lutut masih ditekuk, arahkan kekuatan di otot paha.
- Arahkan pandangan ke depan lalu inhale dan kembali ke posisi tadasana.

Gambar 7. Gerakan Uttanasana

f) Langkah-langkah gerakan Ardha Uttanasana
- Berdiri tadasana.
- Inhale, tadasana Urdhva Hastasana.
- Exhale Ardha Uttanasana.
- Tetap luruskan kedua kaki.

- Lipat tubuh anda ke depan, dengan tetap memanjangkan tulang belakang.
- Pandangan ke depan.
- Letakkan kedua tangan lembut di tulang kering.
- Gerakan Uttanasana.

Gambar 8. Gerakan Ardha Uttanasana

5) Gerakan Parsvottanasana

a) Defenisi

Posisi berdiri yang mudah, dimana badan menekuk kedepan

b) Tujuan

- Melemaskan bahu dan leher sehingga keluhan area bahu bisa berkurang.
- Meregangkan pinggul dan paha belakang.
- Menyegarkan organ pencernaan.
- Meningkatkan keseimbangan tubuh.
- Menenangkan pikiran.
- Memanjangkan tulang belakang sehingga menciptakan semakin banyak ruang bagi janin.

c) Ibu yang boleh melakukan gerakan Parsvottanasana

- Ibu hamil > 20 minggu.
- Tekanan darah ibu normal (tidak boleh lebih tinggi 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal).
- DJJ 120-160 x/menit.

d) Ibu yang tidak boleh melakukan gerakan Parsvottanasana

- Sakit kepala.
- Tekanan darah tinggi.
- Cedera punggung.
- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan dengan riwayat serviks Inkompeten (mulut rahim lemah).

e) Langkah-langkah gerakan Parsvottanasana

- Berdiri tadasana.
- Langkahkan kaki kiri ke belakang, pastikan panggul dan dada sejajar.
- Panjangkan tulang belakang, letakkan kedua tangan dipinggang kemudian putar ke dua bahu ke belakang, pastikan tulang belikat saling berekatan.
- Saat exhale lipat tubuh anda ke depan dan pandangan lembut ke arah depan.

Gambar 9. Gerakan Parsvottanasana

6) Gerakan Prasarita Padottanasana

a) Defenisi

Prasarita artinya terentang, diperluas, menyebar, dengan anggota tubuh terentang, Pado artinya kaki dan tan artinya untuk meregangkan atau memperpanjang.

b) Tujuan

- Membuka panggul, terutama pintu bawah panggul.
- Membantu meregangkan otot kaki.
- Baik untuk kesehatan sendi lutut dan sendi pergelangan kaki.
- Membuat sendi panggul menjadi lebih fleksibel.
- Memberikan efek mendinginkan tubuh.
- Menstabilkan TD.
- Meringankan kerja jantung.

c) Ibu yang boleh melakukan gerakan Prasarita Padottanasana

- Ibu hamil > 20 minggu.

- Tekanan darah ibu normal (tidak boleh lebih tinggi 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal).
- DJJ 120-160 x/ menit.

d) Ibu yang tidak boleh melakukan gerakan Prasarita Padottanasana

- Sakit kepala.
- Anemia.
- Cedera tulang belakang dan lumbal.
- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan dengan riwayat serviks Inkompeten (mulut rahim lemah).

e) Langkah-langkah gerakan Prasarita Padottanasana

- Berdiri tadasana.
- Buka kaki perlahan melebar ke arah samping 1,2 – 1,4 m, posisikan jari kaki menghadap lurus ke depan.
- Letakkan kedua pinggang, rapatkan siku sedekat mungkin satu sama lain, sehingga bagian atas tubuh terenggang ke atas secara sempurna, buka dada dan dekatkan tulang belikat satu sama lain.
- Saat buang nafas, lipat tubuh kedepan tanpa mengaktifkan punggung bagian bawah.
- Fokuskan pergerakan pada paha belakang *(hamstring)* dan tubuh bagian atas. Tempatkan telapak

tangan di bawah, dagu pada sebuah balok atau bisa juga lantai.

- Pastikan tulang punggung meregang semua.
- Lakukan beberapa siklus nafas.

Gambar 10. Gerakan Prasarita Padottanasana

7) Gerakan Dandasana

a) Defenisi

Dandasana merupakan posisi utama dan dasar dari berbagai posisi duduk. Dandasana merupakan tadasana bagi posisi duduk. Dandasana mengajarkan fondasi dan prinsip-prinsip dasar yang penting untuk melakukan posisi duduk dengan benar.

b) Tujuan

- Meluruskan kepala, dada, tulang pinggul, dan tulang punggung.
- Menciptakan ruang yang optimal bagi organ-organ tubuh agar berfungsi dengan baik.
- Merentangkan tulang punggung.
- Menguatkan otot punggung dan dada.

- Meregangkan bagian belakang kaki.
- Menyehatkan organ-organ abdomen perut.
- Mengurangi rasa panas dan gas dalam perut.
- Menghilangkan sesak napas, tersedak, dan tenggorokan tersumbat karena asma.

c) Ibu yang Boleh melakukan Gerakan Dandasana

- Ibu hamil > 20 minggu.
- Tekanan darah ibu normal (tidak boleh lebih tinggi 30 mmHg atau lebih rendah 30 mmHg dari tekanan darah normal).
- DJJ 120-160 x/ menit.

d) Ibu yang tidak boleh melakukan Gerakan Dandasana

- Ibu hamil dengan riwayat keguguran.
- Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia.
- Ibu hamil dengan riwayat perdarahan selama proses kehamilan.
- Ibu hamil dengan dengan riwayat serviks Inkompeten (mulut rahim lemah).

e) Langkah-langkah Gerakan Dandasana

- Duduklah dengan seimbang pada tulang bokong dengan kedua kaki rapat dan lurus kedepan. Tempatkan tangan sedikit di belakang pinggul dan tekan ujung-ujung jari tangan ke lantai sembari sedikit mengangkat bokong dari lantai. Bokong akan melayang di atas lantai. Ketika menekan ujung-ujung jari tangan ke lantai, sembari sedikit mengangkat bokong anda dari lantai. Bokong akan melayang di atas lantai. Ketika menekan ujung-ujung jari tangan ke lantai, regangkan lengan ke dalam engselnya.

- Kencangkan otot lengan ke tulang tanpa menekan bahu dan leher. Gerakan ini akan meregangkan dan mengangkat tubuh bagian samping dan memanjangkan tulang punggung.
- Turunkan kembali bokong ke lantai secara perlahan-lahan. Berikan tekanan pada tulang bokong dan rasakan pantulan pada batang tubuh, mengangkat dan menarik tulang punggung dari tulang pinggul. Berikan aksentuasi pada gerakan ini dengan merentangkan tubuh bagian samping.
- Pertahankan tekanan pada ujung-ujung jari dan regangkan pada lengan untuk menopang batang tubuh dan memanjangkan tulang punggung. Bernapaslah. Lebarkan tulang selangka dan tulang dada, yang akan membuka dada atas dan menahan tulang belikat di belakang untuk memberikan topangan pada pembukaan dada. Tekan bagian belakang kaki dan tulang bokong dengan kuat ke lantai sebagi fondasi. Hindari tekanan hanya pada lutut ke bawah untuk memperpanjang kaki, karena ini akan menciptakan tarikan pada lutut yang berlebihan. Kaki harus ditarik dan direntangkan untuk dapat memberikan tekanan ke lantai. Doronglah kaki untuk melakukan peregangan ke dua arah. Kencangkan paha dan angkat tempurung lutut ketika tulang paha masuk ke dalam engsel panggul.
- Dalam seluruh posisi, pertahankan pusat tumit belakang pada lantai dengan ujung-ujung jari meghadap ke atas. Letakkan telapak tangan disamping pinggul dengan jari-jari menghadap ke depan dan menyentuh lantai dengan lembu, sementara menopang peregangan tulang punggung.
- Arahkan pandangan lembut namun terfokus ke arah depan. Rasakan dan perhatikan napas. Tahan posisi tersebut untuk beberapa tarikan napas, tergantung pada rasa santai dan upaya yang terasa ketika sedang berada dalam posisi yoga.

8) Gerakan Savasana

a) Defenisi

Savasana adalah posisi relaksasi dasar dalam yoga. Posisi savasana menjadi tantangan tersendiri, terutama bagi orang-orang yang tidak terbiasa berada pada posisi tersebut. Savasana menjadi penting karena tubuh akan belajar untuk mengendurkan sejumlah otot dan pikiran akan belajar untuk mengendurkan saraf.

Savasana menjadi penting sebagai pose relaksasi final yang disegerakan diakhir kelas.

b) Tujuan

Membuat tubuh dan pikiran menjadi rileks.

c) Langkah-langkah gerakan Savasana

- Berbaring dengan kaki diluruskan dengan nyaman.
- Memutar telapak tangan ke atas sehingga lengan atas keluar.
- Biarkan lengan terletak sedikit santai dan sedikit menjauh disamping tubuh, sehingga ketiak dan tubuh bagian samping merasa terbuka dan lemas (tidak tegang).

- Gunakan sebuah selimut yang terlipat di bawah kepala dan leher, apabila diperlukan sehingga kening dan dagu menjadi sama tinggi.
- Seimbangkan tubuh bagian samping, lengan, dan kaki, rasakan berat badan yang sama pada bahu, bokong, lengan dan kaki.
- Tarik dan hembuskan napas dengan penuh, seperti menghela napas, untuk melepaskan tubuh ke lantai dengan santai. Pertahankan posisi ini sepanjang melakukan posisi savasana, dengan seikit mungkin gangguan dan gerakan.

Gambar 11. Gerakan Savasana

B. ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN DAN BBL

1. Defenisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan (setelah 37 minggu) atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2004). Pertolongan persalinan merupakan salah satu bagian dari pelayanan antenatal care. Persalinan bersih dan aman dan meningkatan pelayanan obstetric esensial dan darurat yang merupakan pelayanan kesehatan primer. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong Persalinan mempunyai keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih (Syafrudin, 2009).

2. Anamnesa Pada Ibu Bersalin

Anamnesa merupakan bagian dari pelayanan antenatal, intranatal maupun posnatal. Tujuan anamnesa untuk memperoleh data atau informasi tentang permasalahan yang sedang dialami atau dirasakan pasien sehingga dapat menegakkan assesment dan diagnosa dan membangun hubungan yang baik antara seorang petugas kesehatan dangan pasiennya. Anamnesa yang tepat dapat membuka hubungan dan kerjasama yang baik bermanfaat untuk pemeriksaan selanjutnya.

Adapun jenis pertanyaan yang diberikan dapat dilihat pada Tabel berikut ini :

Tabel 12. Anamnesa Pada Ibu Bersalin

No	Pertanyaan	Tujuan
1	Umur	Mengetahui adanya risiko yang berhubungan dengam umur, karena jika umur ibu kurang dari 20 th atau lebih dari 35 th termasuk dalam faktor risiko persalinan.
2	Agama	Menentukan dukungan selama persalinan sesuai dengan ketentuan agama.
3	Suku	Mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi prilaku kesehatan.
4	Pendidikan	Untuk mengetahui tinglat intelektual karena tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan seseorang dan mempermudah komunikasi sesuai tingkat pendidikan.

5	Pekerjaan	Mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan sperti bekerja dipabrik rokok dll.
6	Alamat	Data mengenai distribusi lokasi pasien, memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.
6	Keluhan/ alasan datang	Alasan pasien datang ke klinik, kantor, kamar gawat darurat, pusat pelayanan persalinan, rumah sakit, atau rumahnya, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (dapat berhubungan dengan sistem tubuh). Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang diperut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yag berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya.
7	Riwayat menstruasi	Data ini digunkan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi antara lain : menarche, siklus teratur/tidak, dismenorea dan gangguan menstruasi lainnya. Lamanya, banyaknya darah, warna, bau, keluahan nyeri +/- = alal-alat kandungan.
8	Riwayat Perkawinan	Mengetahui usia pada saat menikah, status pernikah (sah/tidak), berapa lama/lama perkawinan (anak mahalkah), pernikahan yang keberapa.
9	Riwayat KB	Mengetahui apakah pasein pernah menggunakan kontrasepsi, Kapan, Dimana, Oleh siapa, berapa lama pemakaian, Adakah keluhan saat menggunakan, Kapan dilepas, Dimana, Oleh siapa dan Alasan berhenti/ganti kontrasepsi.
10	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas	a. Riwayat kehamilan Anak berapa? Ada masalah tidak dengan kehamilan lalu? b. Riwayat persalinan Spontan/buatan? Atrem/prematur? Kapan? Lahir dimana? Ditolong siapa? Ada masalah saat persalinan? c. Riwayat nifas Adakah masalah Pada masa nifas? Infeksi? Perdarahan?

		d. Anak Jenis kelamin? BB? Hidup/mati? Kalau meninggal kapan? Sehat? Adakah kecacatan? Pemberian ASI? Bagaimana kondisinya sekarang?
11	Riwayat kehamilan sekarang	Menentukan HPHT? Umur kehamilan? HPL? Sudah pernah periksa/belum? Jika sudah berapa kali? Dimana? Adakah keluhan? Baik TM I, II, III? Adakah penanggan khusus keluhan tersebut? Sudah terasa gerakan janin/belum? Imunisasi TT?
12	Riwayat penyakit	a. Riwayat penyakit sekarang Apakah ibu dalam kondisi sakit? Keluhan? Adakah penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau memperberat oleh kehamilan (jantung, paru, ginjal. Hati, diabetes melitus). b. Riwayat penyakit lalu Riwayat penyakit sismetik lain yang mungkin mempengaruhi atau perberat oleh kehamilan (penyakit jantung, hati, ginjal, paru, diabetes melitus), riwayat alergi obat/makanan tertentu dan sebagainya ada/tidaknya riwayat operasi umum/lainnya maupiun operasi kandungan (n miomektomi, sectio cesare dan sebagainya). c. Riwayat penyakit keluarga Riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan? Penyakit keturunan +/- (DM, kelainan genetik), penyakit menular +/- (TBC). d. Riwayat keturunan kembar Dalam keluarga apakah ada mempunyai riwayat keturunan kembar.
13	Kebiasaan sehari-hari	Dilakukan pengkajian dari pola kebiasaan sehari-hari ibu baik dari sebelum hamil dan selama hamil. Dikaji tentang bagaiman nutrisi ibu (frekuensi, jenis, porsi, keluahan, pantangan)? Pola eliminasi (frekuensi, warna, bau, konsistensi, keluhan)? *Personal hygene* (mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian? Istirahat/tidur (tidur siang, tidur malam, keluhan)? Kebutuhan seksual (seminggu berapa kali, keluahan)? Pola aktivitas (aktivitas yang dilakukan sehari-hari).
14	Kebiasaan yang menganggu kesehatan	Apakah ibu mempunyai kebiasaan merokok, minum jamu atau minum minuman beralkohol, minum obat-obatan.

15	Riwayat psikososial, spiritual, dan ekonomi	Bagaiman kondisi psikologis ibu menghadapi kehamilan? Dukungan keluarga? Aktivitas/kegiatan ibu diluar rumah? Persiapan persalinan? Pengetahuan ibu tentang kehamilan memberi ASI, merawat bayi, kegiatan ibadah, kegiatan sosial, dan persiapan keuangan ibu dan keluarga.
16	Pengetauan ibu tentang ANC	Apa saja yang ibu ketahui berkaitan dengan kehamilan, jika ibu sudah memasuki TM III apa yang ibu ketahui mengenai persalinan, menanyakan apakah ibu sudah mengonsumsi tablet Fe.
17	Lingkungan yang berpengaruh	Bagaiman kondisi lingkungan sekit ibu apakah terdapat hewan peliharaan atau tidak ?

3. Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin

a. Defenisi

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh ibu bersalin dengan mengumpulkan data obyektif dilakukan pemeriksaan terhadap pasien.

b. Tujuan

Adapun tujuan dari pemeriksaan fisik pada ibu bersalin adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesa untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

c. Pemeriksaan Fisik Kala I

Pada kala I pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan dapat dilihat pada Tabel berikut ini :

Tabel 13. Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin

No	Pemeriksaan	Tujuan dan Teknik Pemeriksaan
1	Tinggi Fundus Uteri	Tujuan : Untuk menentukan usia kehamilan. Teknik : - Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus sedang tidak berkontraksi. - Ukur tingggi fundus dengan menggunakan pita pengukur mulai dari tepi atas simpfisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga kepuncak fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen. Lebar pita harus menempel pada dinding abdomen ibu. Jarak antara tepi atas simphisis pubis dan puncak fundus adalah tinggi fundus. Ini sesuai dengan teori Mc. Donald.
2	Kontraksi uterus	Tujuan : Untuk mengetahui kontarksi uterus apakah kontaksi lemah atau kuat. Teknik : - Gunakan jarum detik yang ada pada jam untuk memantau kontraksi uterus. - Letakkan tangan penolong pada atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit. Tentukan durasi setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif minimal 2 kali dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara 2 kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.
3	DJJ (denyut jantung janin)	Tujuan : DJJ harus selalu diinilai untuk mengetahui kesejahteraan janin. Gangguan kondisi janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 kali permenit atau lebih dari 160 kali permenit. Teknik : - Gunakan doopler/leenec untuk mendengarkan DJJ dan menghitung DJJ permenit. - Lakukan penilaian DJJ pada lebih dari 1 kontraksi. Gunakan jarum detik (jam). - Nilai DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. - Dengarkan DJJ minimal 60 detik.

4	Presentasi janin	Tujuan : Untuk menetukan bagian terbawah janin apakah presentasi kepala (belakang kepala, puncak kepala, presentase muka, presentase dahi), letak bokong (bokong murni, bokong sempurna, bokong kaki) dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum menetukan. Teknik : Metode 5 jari - 5/5 jika bagian terbawah seluruh teraba diatas simphisis pubis. - 4/5 jika sebagian terbawah janin telah masuk PAP. - 3/5 jika sebagian telah memasuki rongga panggul. - 2/5 jika hanya sebagian terbawah janin masih berada di atas simphisis. - 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari yang masih dapat meraba bagian bawah janin yang berada di atas simphisis. - 0/5 jika bagian terbawah janin tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar.
5	Periksa Dalam (vaginal toucher)	Tujuan : Untuk memantau perkembangan persalinan apakah sudah masuk tahap inpartu dan mendiagnosa persalinan. Teknik : - Sebelum melakukan periksa dalam cuci tangan dengan sabun dan air bersih, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. - Minta ibu untuk berkemih dan mencuci area genitalia dengan sabun dan air. - Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan. - Tentramkan hati dan anjurkan ibu untuk rileks. Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan dilakukan.

4. Persiapan Alat dan Bahan Serta Prosedur Pemeriksaan

a. Persiapan Alat dan Bahan

Alat dan Bahan:

1) Tempat cuci tangan (air mengalir).
2) Sabun cuci tangan dan handuk.
3) Timbangan berat badan.

4) Pengukur tinggi badan.
5) Selimut.
6) Tensimeter.
7) Stetoskop.
8) Thermometer dan air DTT+air sabun+desin-fektan.
9) Tisue.
10) Arloji bukan digital.
11) Senter.

Persiapan Ibu:

1) Menyambut ibu dengan ramah dan sopan.
2) Memperkenalkan diri kepada ibu.
3) Menjelaskan maksud, tujuan dan prosedur pemeriksaan kepada ibu.
4) Menjaga privasi ibu dengan menutup pintu atau sampiran.

b. Prosedur Pemeriksaan

Langkah-langkah pemeriksaan fisik pada ibu bersalin Setelah alat dan bahan serta ibu sudah siap, maka selanjutnya adalah praktik melakukan pemeriksaan fisik pada ibu bersalin.

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum Nilai keadaan umum ibu: Apakah dalam kondisi baik atau lemah.

b) Kesadaran Nilai kesadaran ibu: Jika didapatkan kondisi ibu sadar sepenuhnya maka digolongkan: Compos mentis, bila ibu tidak sadar sepenuhnya namun bisa merespon bila ditanya namanya maka digolongkan: Somnolent, bila ibu merespon namun disentuh atau dicubit maka digolongkan : Sopor, jika ibu tidak dapat merespon sama sekali digolongkan: Comma.

c) Tanda-tanda Vital

- Tekanan Darah

  Lakukan pemeriksaan dengan posisi ibu duduk bila masih bisa duduk maka letakkan tangan ibu pada meja yang datar. Bila ibu sudah tidak bisa duduk maka minta ibu berbaring miring ke kiri dan ukur tekanan darah dengan menggunakan Tensimeter dan stetoskop. Nilai tekanan darah sistole dan diastole. Bila didapatkan ukuran tekanan darah > 140/90 mmHg maka segera laporkan ke pembimbing karena kemungkinan ibu menderita Pre Eklamsia.

Gambar 12. Pemeriksaan tekanan darah

- Nadi

  Hitung nadi 1 menit dan catat hasilnya.

- Pernafasan

  Hitung pernafasan selama 1 menit dan catat hasilnya.

- Suhu

  Lakukan pemeriksaan suhu pada axilla menggunakan termometer axilla.

2) Pemeriksaan Status Present (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi)

a) Mencuci tangan

Gunakan Alat Pelindung Diri (APD), mencuci tangan dengan menggunakan 7 langkah di air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

b) Mengukur tinggi dan berat badan ibu

Dalam melakukan pengukuran tinggi badan, gunakan alat pengukur tinggi badan. Persilahkan ibu untuk berdiri dengan tegak dan tumit menempel pada dinding. Baca tinggi badan ibu. Untuk menentukan berat badan ibu, gunakan timbangan badan. Pastikan jarum penunjuk pada angka nol. Persilahkan ibu untuk naik ke atas timbangan, dan baca jarum penunjuk.

c) Memeriksa edema pada wajah

Persilahkan ibu untuk berbaring di tempat pemeriksaan. Periksa adanya edema pada wajah atau tidak.

d) Memeriksa mata

Gunakan ibu jari Anda untuk menarik kelopak mata ibu bagian bawah, dan mintalah kepada ibu untuk melihat ke atas untuk mengetahui konjungtiva pucat atau tidak. Kemudian, gunakan ibu jari Anda untuk menarik kelopak mata bagian atas dan mintalah ibu untuk melihat ke arah bawah untuk melihat sklera kuning atau tidak.

e) Memeriksa hidung, mulut dan telinga

Lakukan pemeriksaan pada hidung dan lihatlah dengan menggunakan senter dan lihat adakah sekret/tidak, polip, massa abnormal. Lalukan pemeriksaan pada mulut untuk menilai bibir kering/tidak, pucat atau tidak, ada

gigi berlubang/tidak, caries gigi/tidak. Pemeriksaan pada telinga dilakukan untuk mengetahui kelainan dan fungsi telinga.

f) Memeriksa leher

Lakukan palpasi pada leher untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid.

g) Memeriksa Payudara

Untuk melakukan pemeriksaan pada payudara, mintalah salah satu tangan ibu dikeataskan pada saat palpasi payudara satu tangan lurus, palpasi dilakukan secara sirkuler pada kedua payudara sampai ketiak bergantian kanan dan kiri. Nilai adanya retraksi atau dimpling dan nilai bentuk, ukuran, kesimetrisan, puting susu menonjol/tidak, kolostrum atau pengeluaran lain yang abnormal, serta massa/benjolan abnormal.

h) Pemeriksaan pada abdomen

Lakukan inspeksi pada abdomen untuk melihat bentuk (memanjang/melintang), bekas luka operasi dan hiperpigmentasi linea nigra/alba.

i) Memeriksa tangan dan kaki Inspeksi kuku jari untuk menilai pucat/tidak, ada ada warna kebiruan/tidak, inspeksi tangan ada edema/tidak. Meraba kaki untuk menilai adanya edema/tidak, ada varises/tidak. Lakukan pemeriksaan reflek patella dengan menggunakan hammer patella nilai reflek gerakan (hypo/hiper).

5. Pemeriksaan Khusus

a. Definisi

Pemeriksaan khusus dilakukan untuk mengetahui apakah ibu bersalin sudah masuk dalam persalinan (Inpartu) atau belum. Pemeriksaan dilakukan oleh bidan yang sudah terampil (mampu mempraktikkan sekaligus membaca hasilnya).

b. Tujuan

Untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan ibu dalam proses persalinan. Informasi dari hasil pemeriksaan khusus dilakukan untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

c. Persiapan Alat dan Bahan serta Prosedur Pelaksanaan

1) Persiapan Alat dan Bahan

Alat dan Bahan

a) Meterline.
b) Monoskop.
c) Perlak.
d) Kapas DTT.
e) Kom DTT.
f) Handscoen.
g) Bengkok.
h) Pispot dan Air cebok dalam botol (Bila perlu).
i) Hammer patella.
j) Tempat sampah medis dan non medis bertutup.

2) Prosedur Pemeriksaan

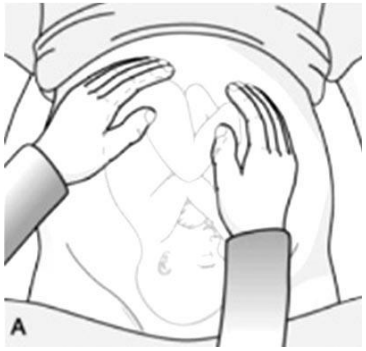
a) Pengukuran TFU menurut Mc. Donald

- Mengetengahkan Uterus.
- Mengukur TFU dari sympisis ke fundus uteri (kaki lurus).

- Membaca hasil pengukuran dengan tepat (dengan sistem buta).

b) Palpasi Uterus Leopold I-IV

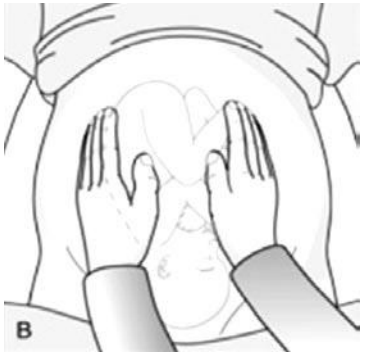
- Menghangatkan tangan sebelum palpasi
- Leopold I
  - Meminta ibu untuk menekuk kaki sedikit.
  - Mengetengahkan uterus.
  - Menentukan dengan tepat TFU menggunakan jari Meraba bagian fundus uteri dan menentukan dengan tepat bagian janin yang berada di fundus uteri.



Gambar 13. Pemeriksaan Leopold I

- Leopold II

  Tangan dipindahkan meraba dibagian kanan dan kiri perut ibu untuk menentukan bagian janin yang berada dibagian kanan kiri perut ibu.



Gambar 14. Pemeriksaan Leopold II

- Leopold III

  Tangan kiri menahan fundus, tangan kanan memegang bagian bawah janin yang berada di bawah perut ibu, kemudian menggoyangkan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah janin.

Gambar 15. Pemeriksaan Leopold III

- Leopold IV

  Mintalah pada ibu untuk meluruskan kaki. Kedua tangan Anda meraba bagian simpisis untuk menentukan seberapa jauh bagian terendah sudah masuk ke

PAP atau belum (posisi tangan divergen/konvergen) dengan posisi Anda berdiri membelakangi ibu.

Gambar 16. Pemeriksaan Leopold IV

c) Pemeriksaan DJJ

- Tentukan punctum maksimum dengan tepat.
- Hitunglah frekuensi DJJ menggunakan monoskop dengan tepat (satu tangan memegang nadi ibu dan tangan lain memegang arloji menghadap kearah ibu bila terjangkau).

d) Pemeriksaan Kontraksi Uterus atau his

- Lakukan perabaan pada perut ibu apakah ada kontraksi, jika ada kontraksi nilai berapa lama kontraksi.
- Mulai menilai his ketika timbul his sampai his menghilang.
- Nilai ada berapa his dalam 10 menit perabaan.

6. Asuhan pada Bayi Baru Lahir

a. Defenisi

Bayi baru lahir atau neonatus adalah bayi usia 0-28 hari

baik yang lahir secara fisiologis maupun patologis.

b. Penilaian BBL Normal

Asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran. Tujuannya adalah untuk mengkaji adaptasi BBL dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus dengan penilaian APGAR. Data yang dikumpulkan meliputi :

1) Appearance (warna kulit)

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

2) Pulse (denyut jantung) :

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

3) Grimace (respon reflek)

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

4) **Activity (tonus otot) :**

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

5) **Respiration (pernapasan) :**

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

Diagnosa ditentukan bersarkan hasil penilaian APGAR dimana bayi dikatakan tidak asfiksia > 7 dan asfiksia apabila dalam penilaian mendapatkan : **Hasil skor 4-6** dinyatakan bayi asfiksia ringan sedang, sehingga memerlukan bersihan jalan napas dengan resusitasi dan pemberian oksigen tambahan sampai bayi dapat bernafas normal. **Hasil skor 0-3** dinyatakan bayi asfiksia berat, sehingga memerlukan resusitasi segera secara aktif dan pemberian oksigen secara terkendali.

c. Melakukan evaluasi penyuntikan Vitamin K

Pemberian Vitamin K sangat penting diberikan pada bayi baru lahir yang bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi. Cara memberikan vitamin K pada bayi baru lahir yaitu masukkan obat phytomenadione ke dalam disposible 1 cc dengan dosis 1 mg,tentukan daerah yang akan disuntik di paha kiri (muskulus vastus lateralis).

Di Amerika Serikat, frekuensi Perdarahan Defisiensi Vitamin K (PDVK) dilaporkan antara 0,25 sampai 1,7%, di Inggris 10 kasus dari 27 penderita atau sebesar 37%, dan di beberapa Negar Asia angka kesakitan bayi karena Perdarahan Defisiensi Vitamin K berkisar 1:1.200 sampai 1:1,400 kelahiran hidup. Sedangkan di Thailand dilaporkan sebanyak 82% atau 524 kasus dari 641 penderita PDVK, dan di Jepang menemukan kasus ini pada 1:4.500 bayi 81% di antaranya komplikasi perdarahan dalam otak. Kejadian pada 2 negara ini menurun setelah diperkenalkannya pemberian vitamin K profilaksis pada semua bayi baru lahir untuk mencegah perdarahan dalam otak.

d. Melakukan evaluasi penyuntikkan Hepatitis 0 (HB0)

Penyakit Hepatitis B merupakan penyakit yang merusak hati dan dapat menjadi kronis sehingga bisa menimbulkan pengerasan hati, kanker hati dan kematian. Hepatitis disebabkan oleh virus yang penularannya bisa vertikal yaitu dari ibu ke bayi selama proses persalinan maupun secara horizinal melalui suntikan yang tidak aman, transfusi darah, dari darah dan produknya. Gejalanya adalah merasa lemah, gangguan perut, warna kuning terlihat pada mata, kulit, urin menjadi kuning dan feses menjadi pucat.

Untuk meningkatkan kekebalan tubuh bayi/anak perlu diberikan imunisasi Hepatitis. Vaksin hepatitis berupa vaksin virus recombian yang telah diinaktivasikan dan bersifat non-infectiuos yang bersal dari HBsAG. Jumlah pemberian dan dosis Pemberian imunisasi Hepatitis B sebanyak 4 kali (dosis). Setiap kali pemberian dosisnya 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID , Usia pemberian Dosis pertama diberikan pada usia 0 – 7 hari dan dosis berikutnya diberikan pada usia 2, 3 bulan dan 4 bulan (dengan interval 4 minggu /1 bulan). Lokasi Penyuntikan: Disuntikkan secara intramuskuler sebaiknya pada anterolateral

paha. Efek samping adanya Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Kontra indikasi yaitu pada Penderita infeksi berat yang disertai kejang. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari. Penanganan efek samping :

1) Orang tua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).
2) Jika demam pakaikan pakaian yang tipis.
3) Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
4) Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
5) Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat

e. Melakukan evaluasi pemberian salep mata (profilaksis)

Pengertian Pemberian Obat Mata Pemberian obat melalui mata adalah memberi obat kedalam mata berupa cairan atau salep. Memberi Obat Tetes / Salep Mata : Di daerah dimana prevalensi gonerea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 1 jam bayi baru lahir, pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasikin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Tujuannnya:

1) Untuk mengobati gangguan pada mata.
2) Untuk mendilatasi pupil pada pemeriksaan struktur internal mata.
3) Untuk melemahkan otot lensa mata pada pengukuran refraksi mata.
4) Untuk mencegah kekeringan pada mata.

Obat mata biasanya berbentuk cairan (obat tetes mata) dan oitmen/obat salep yang dikemas dalam bentuk kecil. Karena sifat selaput lendir dan jaringan mata yang lunak dan responsif terhadap obat, maka obat mata biasanya diramu dengan kekuatan yang rendah. Sedangkan salep mata atau dalam istilah farmasi disebut *OCULENTA* adalah salep yang digunakan pada mata. Salep ini harus steril dan disimpan di dalam *TUBE* salep mata yang steril.

Pemberian obat ini bertujuan untuk mengobati gangguan pada mata, untuk mendilatasi pupil pada pemeriksaan struktural internal mata, untuk melemahkan otot lensa mata pada pengukuran refraksi mata, untuk mencegah kekeringan pada mata. Dalam dunia kesehatan salep atau obat mata sering digunakan untuk pengobatan pada mata. Obat mata tersebut digunakan dari mulai orang dewasa hingga bayi baru lahir. Pada bayi baru lahir biasanya obat mata digunakan untuk membersihkan mata bayi dari air ketuban yang menempel pada bagian mata bayi tersebut. Bayi bisa saja terkena air ketuban jika ia lahir dengan ketuban keruh, preeklamsi, vacum, jalan lahir macet atau ke jadian lain serupa yang dapat mengganggu mata bayi untuk melihat secara jernih. Maka obat mata biasa diberikan pada bayi baru lahir pada kejadian-kejadin tersebut.

f. Melakukan pemeriksaan Antropometri (LK, LD, BB, PB)

Pemantauan pertumbuhan pada bayi secara kuantitatif dapat dilihat melalui pengukuran antropometri bayi. Dengan demikian kita bisa menilai apakah bayi tersebut normal atau kurang /lebih gizi, atau mungkin mengalami gangguan/kelainan. Oleh karena itu sangatlah penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan malakukan pengukuran antropometri.

Antropometri berasal dari kata anthropos dan metros. Anthropos artinya tubuh dan metros artinya ukuran. Antropometri berarti ukuran dari tubuh. Metode antropometri adalah menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai alat menentukan status gizi manusia. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri secara antropometri adalah konsep pertumbuhan. Antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Pengukuran antropometri :

1) Berat badan lahir 2500-4000 gram
2) Panjang badan lahir 48-52 cm
3) LK 33-35 cm
4) LD 30-38 cm
5) LiLA 9-11,5 cm

g. Melakukan pemeriksaan Neurologi

Tubuh manusia akan berada dalam kondisi sehat jika mampu berespon dengan tepat terhadap perubahan perubahan lingkungan secara terkoordinasi. Tubuh memerlukan koordinasi yang baik. Salah satu sistem komunikasi dalam tubuh adalah saraf. Pengkajian sistem persarafan adalah salah satu aspek yang sangat penting untuk dilakukan dalam rangka menentukan diagnosa kebidanan melakukan tindakan perawatan yang sesuai. Sehingga petugas dapat mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan pasien.

h. Melakukan fasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menyusui secara dini merupakan proses dimana bayi segera setelah lahir. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan setidaknya satu jam atau sampai menyusu pertama selesai. IMD dalam 30

menit pertama kelahiran merupakan salah satu dari 10 langkah menuju keberhasilan menyusui yang berdasarkan Inisiatif Rumah Sakit Sayang Bayi (*Baby Friendly Hospital Initiative: BFHI*).

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan program yang dianjurkan oleh pemerintah. Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi diatas dada ibu, dimana kepala bai berada diantara payudara ibu dan sejajar dengan putting susu ibu. Bayi dibiarkan berada didada ibu selama 1 jam dengan pengawasan leh tenaga kesehatan.

i. Melakukan asuhan pelayanan neonatal pada 6 jam-48 jam pasca kelahiran (KN 1) yaitu :

1) Pemeriksaan fisik dan observasi pada 24 jam pertama

Pemeriksaan fisik pada bayi lahir sangat penting dilakukan pada bayi baru lahir segera 1 jam setelah bayi lahir. Hal ini dimaksudkan agar bayi dapat diketahui sejak diniapakah normal atau mengalami kelainan. Sehingga dapat dilakukan intervensi sejak awal jika mengalami gangguan atau kelainan. Oleh karena itu sangatlah penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan malakukan pengkajian fisik pada bayi baru lahir. Asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran. Tujuannya adalah untuk mengkaji adaptasi BBL dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus dengan penilaian APGAR. Penilaian dilakukan dengan 3 aspek yaitu :

a) Antropometri yaitu ukuran-ukuran tubuh.
b) Sistem organ tubuh yaitu melihat kesempurnaan bentuk tubuh.
c) Neurologik yaitu perkembangan organ syaraf.

Tehnik pemeriksaan yang dilakukan secara komprehensif :

a) Inspeksi

b) Palpasi

c) Auskultasi

d) Perkusi

Pengkajian pada bayi baru lahir yaitu untuk mengkaji penyesuaian bayi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterin. Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir yang lengkap terdiri dari tiga bagian yaitu :

- Riwayat bayi baru lahir

  Riwayat bayi baru lahir dikumpulkan dengan tinjauan dan wawancara dengan ibu dan jika mungkin ayah bayi baru lahir. Area persoalan termasuk faktor lingkungan, genetik, sosial, medis maternal, perinatal dan neonatus.

- Pengkajian usia kehamilan

  Pengkajian usia kehamilan meliputi skala untuk pengkajian usia gestasi dan aplikasi pengkajian usia gestasi

- Pemeriksaan fisik

  Pemeriksaan fisik bayi baru lahir dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri, pemeriksaan neurologis dan pemeriksaan sistem organ dari kepala hingga kaki.

Tujuan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah :

- Untuk menentukan status kesehatan klien.
- Mengidentifikasi masalah.
- Mengambil data dasar untuk menentukan rencana asuhan.
- Untuk mengenal dan menemukan kelainan yang perlu mer

  dapat tindakan segera.

- Untuk menentukan data objektif dari riwayat keperawatan klien.

Penampilan dan perilaku bayi baru lahir seperti :

- Periode pertama reaktifitas

  Periode ini berakhir 30 menit setelah kelahiran.

  Karakteristik :

  - TTV, nadi cepat tidak teratur, pernapasan hingga 80x/i, ekspirasi mendengkur
  - Fluktuasi warna merah jambu pucat ke sianosis
  - Bising usus tidak ada
  - Menangis dan refleks isap kuat
  - Perawatan :

    1. Kaji TTV per 30 mnt selama 4 jam
    2. Jaga kehangatan
    3. Skin to skin
    4. Tunda profilaksis mata untuk interaksi orang tua-bayi
    5. Fase tidur, Waktu : 30 mnt sampai 2-4 jam. Karakteristik : Fase tidur, frekuensi jantung dan pernapasan menurun
    6. Warna kulit stabil
    7. Bising usus bisa di dengar

- Periode kedua reaktifitas :

  1. Waktu : berakhir sekitar 4-6 jam
  2. Karakteristik : Frekuensi jantung 120-160x/i, RR 30-60x/i, nafas tidak cuping hidung ataupun retraksi, Bayi kerap berkemih dan mengeluarkan mekonium.

2) **Rantai hangat (*warm chain*) bagi Bayi Baru Lahir**

Setiap bayi yang lahir memerlukan asuhan yang dapat membantu bayi tetap bertahan dalam penyesuaian diri dengan lingkungan di ekstrauterin. Salah satu adaptasi yang dilakukan bayi adalah perubahan pada termoregulasinya. Oleh karena itu, bidan harus memberi kehangatan pada bayi agar tidak terjadi hipotermi terkhusus pada bayi yang lahir prematur. Dengan demikian, salah satu tindakan yang praktis dan dapat dilakukan setiap anggota keluarga terkhusus ibu dan ayah bayi dalam menjaga kehangatan tubuh bayi yaitu dengan *BOUNDING attachment* melalui *skin to skin* atau metode kanguru. Maka dari itu, bidan harus mampu memberikan pengarahan dan simulasi metode kanguru yang tepat pada ibu si bayi, agar ibu si bayi bisa mempraktekkannya dimanapun

3) **Melakukan pemasangan identitas BBL dan Membuat surat keterangan lahir**

Identitas bayi diberikan saat bayi segera lahir dan surat keterangan lahir diberikan saat ibu pulang. Surat keterangan lahir sangat penting dikeluarkan agar ibu mudah mengurus akte kelahiran anaknya.

4) **Pemberian Surat Keterangan Lahir**

Surat keterangan lahir harus segera diurus oleh orang tua segera setelah bayi lahir agar ketika pengurusan akte kelahiran dapat dilakukan dengan mudah. Adapun surat keterangan lahir diperoleh dari pimpinan klinik atau rumah sakit dimana klien bersalin.

5) **Perawatan bayi rutin memandikan bayi dan perawatan tali pusat**

Memandikan adalah suatu cara membersihkan tubuh seseorang dengan cara menyiram atau merendam diri dalam

air. Dalam minggu-minggu pertama bayi cukup mandi satu kali sehari di pagi hari. Jika perlu sore hari cukup dibersihkan dari kulit yang basah atau keringat. Usahakan tidak langsung memandikan bayi setelah menyusu, sedang lapar atau mengantuk untuk menghindarkan bayi muntah, kedinginan, atau kaget. Memandikan bayi sebaiknya ditunda sampai 6 jam kelahiran. Hal ini dimaksudkan agar bayi tidak hipotermi. Selain itu juga meminimalkan resiko infeksi. Prinsip yang perlu diperhatikan pada saat memandikan bayi antara lain :

a) Menjaga bayi agar tetap hangat
b) Menjaga bayi agar tetap aman dan selamat
c) Suhu air tidak boleh terlalu panas atau terlalu dingin

Memandikan bayi dianjurkan memakai sabun dengan Ph netral dengan sedikit bahkan tanpa parfum atau pewarna (jangan gunakan sabun mandi dewasa). Perawatan tali pusat adalah tindakan pencegahan aseptic secara dini yang dilakukan untuk merawat tali pusat pada bayi baru lahir agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi. Tujuan memandikan bayi :

1. Memberi rasa nyaman pada bayi.
2. Membuat bayi tetap wangi dan bersih.
3. Mengurangi resiko terjadinya infeksi.
4. Mandi sebelum tidur akan membantu relaksasi.
5. Merupakan bentuk perhatian ibu untuk menunjukan rasa sayangnya.

Tujuan perawatan tali pusat adalah mencegah secara dini terjadinya perdarahan dan infeksi. Mekanisme kerja dalam memandikan bayi dan merawat tali pusat berpedoman pada penilaian terhadap kulit bayi yang sangat rentan terhadap suhu

di sekitarnya seperti mengering, selain menyebabkan ketidaknyamanan, mandi berlebihan dapat menyebabkan dermatitis popok dan memperburuk cradle cap. Selama 24-48 jam pertama penggunaan energi diperlukan oleh bayi baru lahir untuk mempertahankan suhu selama dan setelah mandi harus dipertimbangkan keuntungan mandi. Keuntungan potensial mandi adalah mencegah penyebaran infeksi dari bayi keorang lain dengan menghilangkan cairan dan sekresi tubuh. Kewaspadaan standar harus dipraktekkan ketika memegang bayi yang masih basah dari lahir dan sebelum mandi pertama, serta ketika memegang cairan tubuh bayi.

6) Memfasilitasi bounding antara bayi dengan ibu atau keluarga barunya

BOUNDING Attchment adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan post partum.

a. **Tahap-tahap** *Bounding Attchment*

- Perkenalan (*AQUAINTANCE*) :
  1. Kontak mata
  2. Sentuhan
  3. Berbicara
  4. Mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- *BOUNDING* : Keterikatan

  Attachment : perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

b. Elemen-elemen *Bounding Attachment* **:**

- Sentuhan
- Kontak mata

- Suara
- Aroma
- Entrainment / bergerak sesuai pembicaraan orang dewasa
- Bioritme
- Kontak dini, keuntungan fisiologis kontak dini : kadar oksitosin dan prolaktin meningkat, reflek menghisap dilakukan dini, pembentukkan kekebalan aktif dimulai dan mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak.

c. **Hambatan** *Bounding Attachment*

- Kurangnya support system
- Ibu dengan resiko
- Bayi dengan resiko
- Kehadiran bayi yang tidak diinginkan

d. **Keuntungan** *Bounding Attachment*

- Bayi merasa dicintai, diperhatikan, rasa percaya
- Bayi merasa aman
- Menjadikan ikatan batin yang kuat antara bayi dengan ibu
- Dasar untuk mengadakan sosialisasi

  Salah satu bentuk bounding attachment pada bayi adalah dengan melakukan perawatan metode kanguru (PMK) atau *kangaroo mother care* (KMC). *Metode KANGURU adalah* Metode perawatan dini dan terus menerus dengan sentuhan kulit ke kulit (*skin to skin contact*) antara ibu dan bayi premature dan BBLR dalam posisi seperti kanguru. Prinsip metode ini adalah menggantikan perawatan bayi baru lahir dalam inkubator dengan

meniru kanguru. Ibu bertindak seperti ibu kanguru yang mendekap bayinya dengan tujuan mempertahankan suhu tubuh bayi stabil dan optimal (36,5°C-37,5°C). Suhu optimal ini diperoleh dengan kontak langsung kulit bayi secara terus menerus. Metode ini mulai dilakukan di rumah sakit, kemudian dapat dilanjutkan di rumah.

Tujuannya :

1. Untuk mencegah terjadi hipotermi
2. Untuk memudahkan pemberian ASI
3. Untuk menaikkan berat badan bayi
4. Untuk meningkatkan hubungan emosi antara ibu dan bayi

Waktu memulai :

1. Sesegera mungkin secara bertahap setelah kondisi BBLR stabil (pernafasan dan kardiovaskuler/sirkulasi).
2. Ibu bersedia dan telah mengerti tentang perawatan metode kanguru.
3. Lingkungan yang mendukung.
4. Berat lahir > 1800 gram (masa gestasi > 34 minggu), perawatan metode kanguru dapat segera dilakukan setelah bayi lahir.
5. Berat lahir 1200 - 1799 gram (masa gestasi 28-32 minggu) dan Rujukan dengan perawatan metode kanguru bila tidak ada sarana.
6. Untuk mencegah terjadi hipotermi.
7. Untuk memudahkan pemberian ASI.
8. Untuk menaikkan berat badan bayi.

9. Untuk meningkatkan hubungan emosi antara ibu dan bayi diperlukan kira-kira seminggu stabilisasi sebelum perawatan metode kanguru dapat dilakukan.
10. Berat lahir <1200 gram (masa gestasi <30 minggu), diperlukan sekitar dua minggu stabilitas sebelum kondisi bayi tersebut diperbolehkan untuk perawatan metode kanguru.

7) Pemberian imunisasi BCG dan Polio

Imunisasi adalah usaha untuk memberikan kekebalan pada anak terhadap penyakit tertentu. Vaksin adalah kuman atau racun yang dimaksukkan ke dalam tubuh bayi atau anak yang disebut anti gen. Dalam tubuh, antigen akan bereaksi dengan anti body sehingga terjadi kekebalan. *Baccile Calmette GUERIN* (BCG) adalah vaksin hidup dibuat dari *MYCOBACTERIUM bovis* yang di biakkan selama 1-3 tahun.Vaksin Oral Polio hidup adalah Vaksin Polio trivalent yang terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2 dan 3 (strain sabin) yang sudah dilemahkan, dibuat dalam biakan jaringan ginjal kera dan distabilkan dengan sukrosa. Cara pemberian Sebaiknya diberikan sejak bayi lahir dan diberi sebanyak 4x pemberian dengan dosis 2 tetes dengan interval 4 minggu.kekebalan yang diperoleh dari vaksin polio sebesar 95 - 100 %. Reaksi yang mungkin timbul tidak ada walaupun ada hanya diare ringan, pusing dan sakit otot.

8) Melakukan asuhan pelayanan neonatal pada hari ke 3- hari ke 7 (KN 2) dan hari ke 8-hari ke 28 (KN 3)

Asuhan yang dapat dilakukan pada neonatal hari ke 3 - hari ke 7 (KN 2) yaitu :

a) Menjaga tali pusat dalam keadaaan bersih dan kering.
b) Menjaga kebersihan bayi.

c) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.

d) Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan.

e) Menjaga keamanan bayi.

f) Menjaga suhu tubuh bayi.

g) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA.

h) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Asuhan yang dapat dilakukan pada neonatal hari ke 8-hari ke 28 (KN 3) yaitu :

a) Pemeriksaan fisik.

b) Menjaga kebersihan bayi.

c) Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir.

d) Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan.

e) Menjaga keamanan bayi.

f) Menjaga suhu tubuh bayi.

g) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA.

h) Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG.

i) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

j. Melakukan anamnesa dan pemeriksaan pada klien Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Kematian anak di Indonesia sering dijumpai pada usia neonatal atau bayi muda. Rasionya 19 per 1000 anak meninggal pada usia usia neonatal-bayi muda. Bayi muda adalah bayi berusia 1-2 bulan. Pada usia ini, bayi sangatlah rentan terserang penyakit. Sekali terkena akan sangat cepat mengalami perburukan bahkan kematian jika tidak mendapat penanganan yang tepat dan segera. Berbagai upaya terus dilakukan diberbagai Negara untuk meningkatkan angka harapan hidup pada rentang usia ini. Mulai dari WHO, Kemenkes dan berbagai organisasi kesehatan anak lainnya membuat panduan dalam upaya peningkatan angka harapan hidup anak. Di Indonesia sudah dibentuk peraturan menteri keehatan dalam manajemen terpadu bayi muda atau yang dikenal dengan MTBM.

Pada Permenkes RI Nomor 70 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan manajemen terpadu balita sakit berbasis masyarakat, disebutkan bahwa pada bayi muda usia 0-2 bulan harus mendapatkan 4 macam pelayanan yang termasuk dalam MTBS-M yaitu :

1) Perawatan esensial bayi baru lahir.

2) Pengenalan tanda bahaya bayi baru lahir dan persiapan rujukan bila memang diperlukan.

3) Penatalaksanaan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Penatalaksanaan infeksi pada bayi baru lahir.

C. ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

1. Defenisi Masa Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu persalinan. Istilah puerperium berasal dari puer yang artinya anak dan perium artinya melahirkan menunjukkan berlangsungnya antara berakhirnya periode persalinan dan kembalinya organ-organ reproduksi wanita ke kondisi normal seperti sebelum hamil (Maryunani, 2016).

Masa nifas adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah dkk, 2012).

Masa nifas atau puerperium adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

Masa Nifas *(PUERPERIUM)* dimulai telah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan diberikannya asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain untuk:

a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis;
b. Melaksanakan skrining yang komprehensif;
c. Dapat mendeteksi masalah pada ibu dan bayi;
d. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi; dan
e. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Adapun peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas yaitu:

a. Bidan harus tinggal sama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan keduanya dalam kondisi yang stabil;
b. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit jam kedua jika kontraksi tidak kuat;
c. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pertama dan 30 menit jam kedua;
d. Anjurkan ibu untuk minum, *personal hygine*, istirahat, dukungan dari keluarga, program *BOUNDING attachmant* dan ASI eksklusif;
e. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas;
f. Sebagai promoter antara ibu dan bayi serta keluarga;
g. Mendorong ibu untuk menyusui;
h. Membuat kebijakan yang berkaitan dengan ibu dan anak dalam melakukan kegiatan administrasi;
i. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan; dan
j. Melakukan manajemen asuhan kebidanan.

4. Tahap Masa Nifas

Adapun tahapan masa nifas dibagi dalam 3 periode yaitu:

a. Puerperium dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
b. Puerperium intermedial yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.
c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

5. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Saifudin dalam Rukiyah, dkk (2012), selama masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan melakukan kunjungan untuk menilai keadaan ibu dan bayi, mencegah, mendeteksi, menangani masalah-masalah yang terjadi. Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain yaitu:

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan):
   1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri;
   2) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut;
   3) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga;
   4) Pemberian ASI awal;
   5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir;
   6) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi; dan
   7) Tinggal bersama ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah melahirkan.
b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan):
   1) Memastikan involusio berjalan normal;
   2) Uterus berkontraksi;
   3) Fundus di bawah umbilicus;
   4) Tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau;
   5) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan;
   6) Memastikan ibu cukup mendapatkan nutrisi, cairan dan istirahat;
   7) Memastikan ibu menyusui dengan baik;
   8) Memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi;
   9) Memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat; dan
   10) Menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan): sama seperti kunjungan ke dua yaitu:
   1) Memastikan involusio berjalan normal;
   2) Uterus berkontraksi;
   3) Fundus di bawah umbilicus;
   4) Tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau;
   5) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan;

6) Memastikan ibu cukup mendapatkan nutrisi, cairan dan istirahat;
7) Memastikan ibu menyusui dengan baik;
8) Memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi;
9) Memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat; dan
10) Menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan):
1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialaminya dan bayinya; dan
2) Memberi konseling untuk KB secara dini.

6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Adapun perubahan fisiologis pada masa nifas yaitu:

a. Perubahan sistem reproduksi menurut Walyani & Purwoastuti (2016) meliputi:
1) Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusio) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Bayi lahir TFU setinggi pusat beratnya 1000 gr, akhir kala III TFU 2 jari bawah pusat beratnya 750 gr, satu minggu postpartum TFU pertengahan pusat dan simpisis dengan berat uterus 500 gr, dua minggu postpartum TFU tidak teraba di atas simpisis dengan berat uterus 350 gr, enam minggu setelah postpartum TFU bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.
2) Lokea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lokea yaitu:

a) Lokea *RUBRA*: hari ke 1-2, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel *DESIDUA*, sisa-sisa *vernix kaseosa*, *LANUGO* dan *MEKONIUM*;
b) Lokea *SANGUINOLENTA*: hari ke 3-7, terdiri dari darah bercampur lendir yang berwarna kecoklatan;
c) Lokea *serosa*: hari ke- 7-14 berwarna kekuningan; dan
d) Lokea *alba*: hari ke- 14 setelah masa nifas, hanya merupakan cairan putih.

3) Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.
4) Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.
5) Perineum segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

b. Perubahan tanda-tanda vital menurut Rukiyah (2012), dkk yaitu:

1) Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2^{0}C, pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5^{0}C. Kurang lebih pada hari ke-4 postpartum, suhu badan akan naik lagi. Apabila kenaikan suhu di atas 38^{0}C, waspada terhadap infeksi postpartum.

2) Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan. Setiap denyut nadi diatas 100x/menit selama masa nifas adalah abnormal dan mengindikasikan pada infeksi atau haemoragic postpartum. Denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir, kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

3) Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antar 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada postpartum merupakaan tanda terjadinya pre eklampsia postpartum.

4) Pernafasan frekuensi normalnya pada orang dewasa adalah 16-24x/menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

c. Perubahan sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler yaitu denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

d. Perubahan haemotologi

Perubahan haemotologi yaitu hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Leukositsis meningkat mencapai 15.000/mm^3 selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Faktor pembekuan yaitu suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis yang mendorong terjadinya tromboemboli. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis. Varises pada kaki dan sekitar anus adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

e. Perubahan sistem perkemihan

Sistem perkemihan yaitu buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasine sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar estrogen yang bersifat menahan air mengalami penurunan, keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

f. Perubahan gastrointestinal

Perubahan gastrointestinal yaitu sering diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

g. Sistem endokrin

Sistem endokrin yaitu kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke-3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

h. Sistem muskuloskletal

Sistem muskuloskletal yaitu ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusio (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

i. Perubahan integument

Perubahan integument yaitu penurunan melanin umumnya selama persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

j. Perubahan berat badan

Perubahan berat badan yaitu kehilangan/penurunan berat badan pada ibu setelah melahirkan terjadi akibat kelahiran/keluarnya bayi, plasenta dan keluarnya bayi, plasenta dan cairan amnion/ketuban. Diuresis puerperalis juga menyebabkan kehilangan berat badan selama masa puerperium awal. Pada minggu ke-7 sampai ke-8, kebanyakan ibu telah kembali ke berat badan sebelum hamil, sebagian lagi mungkin membutuhkan waktu yang lebih lama lagi untuk kembali ke berat badan semula (Maryunani, 2016).

7. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Proses adaptasi berbeda-beda antara satu ibu dengan yang lain. Pada awal kehamilan ibu beradaptasi menerima bayi yang dikandungnya sebagai bagian dirinya. Perasaan gembira bercampur kekhawatiran dalam menghadapi perubahan yang akan dialami. Semakin lama akan timbul rasa memiliki pada janinnya sehingga ada rasa ketakutan akan kehilangan atau perasaan cemas mengenai kesehatan bayinya. Ibu akan mulai berpikir bagaimana bentuk fisik bayinya. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian ibu yaitu: dukungan keluarga dan teman, pengalaman waktu melahirkan, harapan dan aspirasi. Hal-hal yang dapat mem-

bantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah: fungsi menjadi orang tua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan serta harapan keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016) fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu:

a. *Fase taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari 1-2 postpartum, fase ini ibu fokus dengaan dirinya. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini yaitu mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan suatu hal yang tidak dapat dihindari ibu. Hal tersebut ibu perlu istirahat untuk mencegah terjadinya gangguan psikologis yang mungkin dialami seperti menangis, dan mudah tersinggung. Pada fase ini petugas kesehatan harus lebih empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah: Kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. *Fase taking hold* ini berlangsung antara 3-10 hari postpartum. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: Mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c. *Fase letting go*, ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayinya. Kebutuhan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

8. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Adapun kebutuhan dasar ibu masa nifas meliputi:

a. Nutrisi dan cairan

Menurut Yanti & Sundawatin (2014), nutrisi dan cairan yang diperlukan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan meliputi kalori, protein, kalsium dan vitamin D, sayuran hijau dan buah, karbohidrat kompleks, lemak, garam, cairan, vitamin, zinc, DHA. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizinya yaitu:

1) Mengkonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari;
2) Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral;
3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari;
4) Mengkonsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum; dan
5) Mengkonsumsi vitamin A 200.000 intra unit.

b. Ambulasi

Ambulasi ibu yang baru melahirkan 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam harus melakukan ambulasi dini untuk mencegah trombosis vena serta membantu menguatkan dan mengencangkan otot-otot dasar panggul.

c. Eliminasi

Eliminasi BAK/BAB, diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemih. Penatalaksanaan defekasi diperlukan sehubungan kerja usus cenderung melambat dan ibu yang baru melahirkan mudah mengalami konstipasi. Faktor-faktor diet memegang peranan yang penting dalam memulihkan faal usus. Ibu mungkin memerlukan bantuan memilih jenis makanan yang tepat untuk menghindari konstipasi.

d. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri dan berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri yaitu: Mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

e. Istirahat yang cukup

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: Anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukn kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan: jumlah ASI berkurang, memperlambat involusio uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri.

f. Hubungan seksual

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama nifas berkurang antar lain: Gangguan/ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan hormon, kecemasan berlebihan.

g. Program KB

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai 40 hari dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dispareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: Hindari menyebut nama ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya.

h. Latihan/senam nifas

Latihan/senam nifas organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk

tubuhnya dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa faktor yang menetukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antar lain: Tingkatkan kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi postpartum. Tujuan senam nifas yaitu :

1) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu;
2) Mempercepat proses involusio uteri;
3) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum;
4) Memperlancar pengeluaran lokea;
5) Membantu mengurangi rasa sakit;
6) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan; dan
7) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.

9. Tanda Bahaya Masa Nifas

Adapun tanda bahaya masa nifas yang harus diperhatikan dan diwaspadai tersebut antara lain yaitu:

a. Perdarahan

Merupakan perdarahan yang terjadi dengan jumlah darah melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Menurut waktu dibagi menjadi dua yaitu perdarahan primer yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan sekunder yang terjadi setelah 24 jam anak lahir. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan adalah atonia uteri atau rahim tidak berkontraksi, perlukaan jalan lahir, tertinggalnya sebagian ari-ari, dan terlepasnya sebagian ari-ari dari rahim.

b. Suhu Tubuh Meningkat

Suhu tubuh ibu mungkin akan mengalami peningkatan pada hari pertama setelah hari pertama. Ini merupakan hal yang wajar dan mungkin disebabkan oleh dehidrasi selama proses persalinan, usahakan untuk memperbanyak untuk mengganti cairan yang hilang. Namun apabila setelah 24 jam suhu ibu tetap mengalami peningkatan, maka bisa jadi ini merupakan tanda bahya masa nifas yang menunjukkan adanya infeksi setelah persalinan.

c. Sakit Kepala, penglihatan Kabur, Pembengkakan Wajah

Jika hal tersebut terjadi maka kemungkinan pada saat hamil, ibu mengalami penyulit kehamilan berupa preeklampsia dan eklampsi. Pada umumnya gejala tersebut akan berkurang secara perlahan setelah ibu melahirkan, namun apabila masih terjadi hal ini merupakan tanda yang harus diwaspadai dan diperlukan pemeriksaan segera.

d. Sub Involusio Uterus

Merupakan proses involusio uteri atau pengecilan rahim yang tidak berjalan sebagai mana mestinya, sehingga pengecilan rahim menjadi terhambat waspadai kemungkinan adanya sub involusio uteri apabila darah setelah melahirkan mengeluarkan bau yang sangat tidak enak dan keluar gumpalan darah yang besar atau banyak dalam darah nifas.

e. Tromboflebitis dan Emboli Paru

Tromboflebitis dan emboli paru rasa sakit yang muncul di tempat tertentu, misalnya perasaan lemah dan hangat di daerah betis atau paha disertai atau tanpa disertai kemerahan, bengkak dan nyeri pada saat menggerakkan kaki, kemungkinan tanpa adanya gumpalan darah pada pembuluh darah di kaki. Rasa sakit juga dapat dirasakan di dada, yang

bisa merupakan tanpa ada gumpalan darah pada paru-paru.

f. Depresi Setelah Persalinan

Depresi setelah persalinan periode nifas juga merupakan waktu dimana ibu dapat mengalami stres yang terjadi pasca persalinan, terutama pada ibu yang baru melahirkan untuk pertama kali. Tanpa adanya depresi pasca persalinan antar lain perasaan sedih, kecewa, sering menangis, gelisah, cemas, kehilangan ketertarikan terhadap hal yang menyenangkan, nafsu makan berkurang, kehilangan energi dan motivasi, dan tidak bisa tidur. Depresi ini merupakan salah satu bahaya masa nifas yang sering tak disadari, padahal kondisi ini harus diwaspadai karena dapat mempengaruhi ibu sehingga bisa mengabaikan bayinya.

10. Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnose kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandart dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksananya asuhan segera pada masa nifas dengan melakukan pengkajian, mengidentifikasi diagnose masalah dan kebutuhan, mengantisipasi masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan dan melakukan perencanaan serta evaluasi.

Adapun langkah manajemen kebidanan pada ibu nifas menurut Varney dalam buku Anggraini mengatakan dari langkah-langkahnya yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien berdasarkan data dasar dari:

1) Data Subjektif

Biodata yang mencakup identitas pasien yaitu:

a) Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b) Umur dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentang sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.

c) Agama untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

d) Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e) Suku/bangsa berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

f) Pekerjaan berguna untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi, karena ini juga berpengaruh pada gizi ibu.

g) Alamat ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

h) Keluhan Utama untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mulas, sakit pada jalan lahir karena ada luka perineum.

i) Riwayat kesehatan meliputi riwayat kesehatan yang lalu untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut, kronis seperti: Jantung, DM, hiperensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini. Riwayat kesehatan sekarang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubunganya dengan masa nifas dan bayinya. Riwayat kesehatan keluarga untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya.

j) Riwayat persalinan sekarang meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi, penolong persalinan.

k) Riwayat KB untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

l) Kehidupan sosial budaya untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan dan merugikan.

m) Data psikososial untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terghadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi ini sering disebut sebagai postpatrum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi diakibatkan oleh sejumlah faktor penyebab yang paling menonjol adalah:

i. Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan.
ii. Rasa sakit masa nifas awal.
iii. Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan postpartum.
iv. Kecemasan terhadap kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit.
v. Rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

n) Data Pengetahuan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas.

o) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

i. Nutrisi, menggambarkan tentang pola makan dan minum. Frekuensi, banyaknya, jenis makanan.
ii. Eliminasi, menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan membuang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlah.

iii. Istirahat, menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya, membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting pada masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat proses penyembuhan.

iv. *Personal Hygine*, dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lokea.

v. Aktivitas, menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika malakukan ambulasi.

2) Data Objektif

Menghadapi masa nifas dari seorang pasien, seorang bidan harus menggumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan pasien dalam keadaan stabil. Yang termasuk dalam komponen-komponen pengkajian data obyektif ini adalah:

a) *Vital sign*, diajukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

i. Temperatur/suhu, peningkatan suhu tubuh mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada saat melahirkan, dll. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal yaitu 36,5-37^0 C. Kenaikan suhu yang mencapai >38^0 C adalah mengarah keadaan tanda-tanda infeksi.

ii. Nadi dan pernafasan, nadi berkisar antara 69-80 x/i. Denyut nadi di atas 100x/i pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini bisa salah satunya diakibatkan proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah berlebihan. Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya virtum kordis. Beberapa ibu post partum kadang-kadanga mengalami bradikardi puerperal yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40-50x/i, beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan. Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x/menit.

iii. Tekanan darah, pada setelah melahirkan tekanan darah normal 120/80mmHg, beberapa harus ditemukan keadaan hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki, menjelaskan pemeriksaan fisik meliputi:

i. Keadaan buah dada dan puting susu

- Simetris/tidak.
- Konsistensi, ada pembengkakan atau tidak.

- Puting menonjol atau tidak, lecet atau tidak.

ii. Keadaan abdomen

- Uterus

  Normalnya: Keras, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundus saat masa nifas segera.

  Abnormalnya lembek, di atas ketinggian fundal saat masa postpartum segera.

- Kandung kemih:

  Normalnya: Bisa buang air kecil

  Abnormal: Tidak bisa buang air kecil.

- Keadaan genetalia

  (1) Lochea

  Normal: Darah hitam (Lochea Rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil). Jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam).

  Abnormal: Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan hebat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

  (2) Keadaan perineum:

  Normalnya: Perineum utuh, tidak odema.

  Abnormal: Odema, hematoma, bekas luka episiotomy, robekan, heacting.

  (3) Keadaan anus:

  Normal: Tidak ada hemoroid dibagian anus.

  Abnormal: Terdapat hemoroid di anus.

  (4) Keadaan ekstremitas:

  Normalnya: Tidak ada odema.

  Abnormal: Varises, odema.

- Data Penunjang tidak dilakukan

b. Interpretasi Data

Mengidentifikasi diagnose masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien (Anggraini, 2016).

Adapun diagnose kebidanan dan masalah menurut varney dalam buku Anggraini (2016) yaitu:

Diagnose kebidanan dapat ditegakkan yang berkaitan dengan jumlah partus, abortus, anak hidup, umur ibu, dan keadaan nifas yang meliputi data dasar dari:

1) Subjektif yaitu pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan ibu tentang keluhannya.
2) Objektif palpasi tentang tinggi fundus uteri tidak berada di atas ketinggian fundus saat masa nifas segera dan kontraksi ada setelah bayi dilahirkan, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Masalah yang muncul berdasarkan pernyataan pasien dari data dasar yang meliputi data:

1) Subjektif yaitu data yang didapat dari hasil anamnesa pasien seperti ibu mengatakan baru melahirkan bayinya.

2) Objektif data yang didapat dari hasil pemeriksaan sendiri yang di lihat dari TTV dalam batas normal dan TFU tidak berada di atas fundus.

c. Diagnose Potensial

Dari mengidentifikasi diagnose masalah potensial yang mungkin terjadi pada langkah ini berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu, mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi.

d. Tindakan Segera

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manjemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

e. Perencanaan

Langkah ini merupakan lanjutan dari masalah diagnose yang telah diidentifikasi dan diantisipasi. Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Penyuluhan dan konseling dari rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi atau masalah psikososial. Adapun hal-hal yang perlu dilakukan pada kasus ini yaitu :

1) Observasi meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, anjurkan ibu untuk segera berkemih, observasi mobilisasi dini, jelaskan manfaatnya.

2) Kebersihan diri, jaga kebersihan seluruh tubuh terutama daerah genitalia dan ganti pembalut minimal 4 kali sehari atau setiap kali selesai BAK.

3) Istirahat cukup, jelaskan manfaat istirahat, kembali mengerjakan pekerjaan sehari-hari.

4) Makan bergizi, bermutu dan cukup kalori, minum 3 liter air sehari atau segelas setiap habis menyusui, minum tablet Fe/zat besi.

5) Minum vitamin A 200.000 unit.

6) Perawatan payudara dengan jaga kebersihan payudara dan beri ASI eksklusif sampai bayi umur 6 bulan.

7) Hubungan seksual beri pengertian hubungan seksual kapan boleh dilakukan pada ibu nifas.

8) Keluarga berencana, anjurkan pada ibu untuk mengikuti KB sesuai dengan keinginan.

f. Pelaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman.

1) Mengobservasi meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital dengan mengukur (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi), TFU dan kontraksi, menganjurkan ibu untuk segera berkemih karena apabila kandung kemih penuh akan menghambat proses involusio uteri, menganjurkan pada ibu untuk mobilisasi dini untuk memperlancar pengeluaran lokea, memperlancar peredaran darah.

2) Kebersihan diri, untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh terutama pada daerah genetalia dan mengganti pembalut minimal 4 kali sehari atau setiap kali buang air kecil.

3) Istirahat, memberi saran pada ibu untuk cukup tidur siang agar tidak terlalu lelah, memberi pengertian kepada ibu, apabila kurang istirahat dapat menyebabkan produksi ASI berkurang, proses involusio berjalan lambat sehingga dapat menyebabkan perdarahan serta menganjurkan kepada ibu untuk kembali mengerjakan sehari-hari.

4) Gizi, menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan bergizi, bermutu dan cukup kalori, sebaiknya ibu makan makanan yang mengandung protein, vitamin dan mineral, minum 3 liter air sehari atau segelas setiap habis menyusui, minum tablet Fe/zat besi selama 40 hari pasca persalinan.

5) Menganjurkan ibu untuk minum vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

6) Perawatan payudara, dengan menjaga kebersihan payudara dan memberi ASI eksklusif sampai bayi umur 6 bulan.

7) Hubungan Seksual, memberi pengertian hubungan seksual kapan boleh dilakukan pada ibu saat setelah masa nifas atau perdarahan segera berhenti.

8) Keluarga berencana, menganjurkan pada ibu untuk segera mengikuti KB setelah masa nifas terlewati sesuai dengan keinginannya.

g. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevalusi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana.

11. Dasar Hukum Wewenang Bidan

Menurut UU Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pada Pasal 19 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 18 (1) meliputi pelayanan masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

Pada Pasal 18 (2) bidan berwenang melakukan tindakan episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawatdaruratan dan lakukan rujukan, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi dan bimbingan inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran

D. ASPEK PSIKOSOSIAL DAN KULTURAL PADA MASA KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

1. Masa Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu periode perubahan, penyesuaian, tantangan dan titik balik dari kehidupan keluarga, serta berpengaruh secara mendalam pada setiap aspek kehidupan perempuan. Dalam masa kehamilan terjadi banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan yang bermakna terjadi secara psikologis dalam diri ibu dan pasangan selama proses kehamilan (Baston, 2012, Budi, Wibowo & Sofiati, 2000, Taufik, 2011).

a. Aspek Psikososial

Dalam kehamilan terkadang dijumpai adanya ibu yang mengalami depresi. Depresi adalah suatu penyakit yang menyebabkan suatu gangguan dalam perasaan dan emosi yang dimiliki oleh individu yang ditunjuk sebagai suasana perasaan. Secara umum, depresi sebagai suatu gangguan alam perasaan sedih yang sangat mendalam, yang bisa terjadi setelah kehilangan seseorang atau peristiwa menyedihkan lainnya, tetapi tidak sebanding dengan peristiwa tersebut dan terus menerus dirasakan melebihi waktu yang normal.

1) Depresi dalam kehamilan

Secara umum depresi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi dua yakni :

a) Depresi unipolar

Merupakan gangguan depresi yang dicirikan oleh suasana perasaan depresi saja.

b) Depresi Mayor dalam kehamilan

Apabila seseorang atau ibu hamil mengalami tanda-tanda atau gejala seperti perasaan muram, murung, kesedihan tidak bisa atau sulit berkonsentrasi, mengingat, atau mengambil keputusan pekerjaan dan aktivitas sehari-hari terganggu hubungan calon ibu dengan orang-orang sekitarnya terganggu kondisi ibu mengancam keselamatan janin Putus asa, terkadang beberapa ada yang merasa cemas kadang-kadang dapat sarkastik, nihilistic, tegang, kaku dan menolak intervensi terapeutik. Selain itu, gejala di atas biasanya disertai perubahan nafsu makan dan pola tidur, harga diri yang rendah, hilangnya energi dan penurunan dorongan seksual, maka segera harus ditangani karena bisa saja berubah menjadi lebih serius yang dapat berdampak pada ibu maupun janinnya, yakni menjadi depresi berat atau depresi mayor.

Sindrom depresi mayor ditandai dengan suatu kombinasi simptom yang berpengaruh dengan kemampuan untuk bekerja, tidur, makan dan menikmati salah satu kegiatan yang menyenangkan serta sulit untuk melakukan komunikasi karena mereka cenderung menarik diri, tidak mampu berkonsentrasi, kurang perhatian, merasa tidak dihargai dan sulit untuk mengingat sesuatu dan yang terutama adalah tidak jarang dari penderita yang ingin bunuh diri. Episode ketidakmampuan depresi ini dapat terjadi hampir setiap hari dan pasti ada yang mendominasi di sepanjang hari. Selain itu, bila tidak teratasai dengan baik dapat muncul sekali, dua kali atau beberapa kali selama hidup.

2) Penyebab terjadinya depresi pada kehamilan

Para ahli belum bisa memastikan mengapa depresi terjadi pada wanita hamil, namun diduga perubahan tingkat hormon yang drastis selama kehamilan dan setelah melahirkan menjadi biang keladinya. Selain peningkatan kadar hormon dalam tubuh, menurut penelitian bahwa depresi terjadi karena klien atau penderita depresi memiliki ketidakseimbangan dalam pelepasan neurotransmitter serotonin mayor, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan asam gamaaminobutrik Selain itu, ada pula hasil penelitian yang menyatakan bahwa terjadinya depresi karena adanya masalah dengan beberapa enzim yang mengatur dan memproduksi bahan-bahan kimia tersebut.

Dengan demikian, berdampak pula pada metabolisme glukosa dimana penderita depresi tidak memetabolisme gluko-

sa dengan baik dalam area otak tersebut. Jka depresi teratasi, aktivitas metabolisme kembali normal. Selain dari faktor organobiologis di atas, pencetus terjadinya depresi adalah karena faktor psikologis dan sosio-lingkungan, misalnya karena akan berubah peran menjadi seorang ibu, karena kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, pasca bencana dan dampak situasi kehidupan sehari-harinya.

Faktor lain yang menyumbang peran dalam terjadinya depresi pada ibu hamil antara lain:

a) Riwayat keluarga yang memiliki penyakit kejiwaan.
b) Kurangnya dukungan dari suami dan keluarga.
c) Perasaan khawatir yang berlebihan pada kesehatan janin.
d) Ada masalah pada kehamilan atau kelahiran anak sebelumnya.
e) Sedang menghadapi masalah keuangan.
f) Usia ibu hamil yang terlalu muda.
g) Adanya komplikasi selama kehamilan.
h) Keadaan rumah tangga yang tidak harmoni.
i) Perasaan calon ibu yang tidak menghendaki kehamilan

Dampak atau pengaruh depresi terhadap kehamilan, Permasalahan yang berkaitan dengan kondisi kejiwaan termasuk depresi, selain berdampak pada diri sendiri bisa berimplikasi atau berpengaruh tidak baik terhadap kondisi kesehatan janin yang ada di dalam kandungan. Kita semua pasti mengetahui bahwa perubahan fisik dan hormonal yang terjadi selama masa kehamilan sangat berpengaruh terhadap kondisi wanita yang sedang hamil. Depresi yang tidak ditangani akan memiliki dampak yang buruk bagi ibu dan bayi yang dikandungnya. Ada 2 hal penting yang mungkin berdampak pada bayi yang dikandungnya, yaitu :

a) Pertama adalah timbulnya gangguan pada janin yang masih didalam kandungan.
b) Kedua munculnya gangguan kesehatan pada mental si anak nantinya.

Depresi yang dialami, jika tidak disadari dan ditangani dengan sebaik-baiknya akan mengalihkan perilaku ibu kepada hal-hal yang negatif seperti minum-minuman keras, merokok dan tidak jarang sampai mencoba untuk bunuh diri. Hal inilah yang akan memicu terjadinya kelahiran prematur, bayi lahir dengan berat badan yang rendah, abortus dan gangguan perkembangan janin. Kelahiran bayi prematur juga akan menjauhkan dekapan seorang ibu terhadap bayi yang dilahirkan, karena si bayi akan ditempatkan di inkubator tersendiri. Apalagi jika sudah mengalami depresi mayor yang identik dengan keinginan bunuh diri, bisa saja membuat langsung janinnya meninggal. Ibu yang mengalami depresi ini tidak akan mempunyai keinginan untuk memikirkan perkembangan kandungannya dan bahkan kesehatannya sendiri.

3) Cara Penanganan

Strategi kesehatan yang bisa diterapkan pada saat masa kehamilan untuk mengantisipasi depresi yaitu menjadikan masa hamil sebagai pengalaman yang menyenangkan, selalu konsultasi dengan para ahli kandungan, makan makanan yang sehat, cukup minum air, mengupayakan selalu dapat tidur dengan baik dan melakukan senam bagi ibu hamil. Disamping itu juga melakukan terapi kejiwaan supaya ter-

hindar dari depresi, lebih meningkatkan keimanan dan tentunya mendapat dukungan dari suami dan keluarga.

Sedangkan bagi yang telah terdiagnosis, perencanaan kehamilan sangat penting pada wanita hamil yang didiagnosis depresi, sebaiknya kehamilannya perlu direncanakan atau dikonsultasikan dengan ahli kebidanan dan kandungan, dan psikiater tentang masalah risiko serta keuntungan setiap pemakaian obat-obat psikofarmakologi. Rawat inap sebaiknya dipikirkan sebagai pilihan pengobatan psikofarmakologis pada trimester I untuk kasus kehamilan yang tidak direncanakan, dimana pengobatan harus dihentikan segera dan apabila terdapat riwayat gangguan afektif (depresi) rekuren.

Ada 2 fase penatalaksanaan farmakologis yang digambarkan dalam Panel Pedoman Depresi *(Depression GUIDELINE Panel)* :

a) Fase akut

   Gejalanya ditangani, dosis obat disesuaikan untuk mencegah efek yang merugikan dan klien diberi penyuluhan.

b) Fase lanjut

   Klien dimonitor pada dosis efektif untuk mencegah terjadinya kambuh. Pada fase pemeliharaan, seorang klienyang berisiko kambuh sering kali tetap diberi obat bahkan selama remisi. Untuk klien yang dianggap tidak berisiko tinggi mengalami kambuh, pengobatan dihentikan.

Penggunaan antidepresan trisiklik sebaiknya hanya pada pasien hamil yang mengalami depresi berat yang mengeluhkan gejala vegetatif dari depresi, seperti menangis, insomnia, gangguan nafsu makan dan ada ide-ide bunuh diri. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) terbukti

sudah sangat berguna untuk menangani depresi sehingga menjadi pilihan untuk ibu hamil, mencakup fluoksetin dan sertralint. Obat ini menjadi pilihan karena obat tersebut lebih sedikit memiliki efek antikolinergik yang merugikan, toksisitas jantung, dan bereaksi lebih cepat daripada antidepresan trisiklik dan inhibitor oksidase monoamin (MOA) serta tidak menyebabkan hipotensi ortostatik, konstipasi dan sedasi. Disamping itu, psikoterapi atau metode support group secara ruti harus dilakukan bila ada konflik intrapsikis yang berpengaruh pada kehamilan.

Terapi perilaku kognitif sangat menolong pasien depresi dan disertai antidepresan. Terapi elektrokompulsif (ECT) digunakan pada pasien depresi psikotik untuk mendapatkan respon yang lebih cepat, bila kehidupan ibu dan anak terancam, misalnya pada depresi hebat dan klien sampai ingin bunuh diri atau jika tidak berespon terhadap pengobatan antidepresan. Dalam menghadapi klien penderita depresi, harus dilakukan dengan sikap serius dan mengerti keadaan penderita. Kita harus memberi pengertian kepada mereka dan mensupport atau memberikan motivasi yang dapat menenangkan jiwanya. Hendaknya jangan menghibur, memberi harapan palsu, bersikap optimis dan bergurau karena akan memperbesar rasa tidak mampu dan rendah diri.

b. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

1) Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil TM I

   a) Ambivalent. Kadang-kadang ibu merasa senang dan bahagia karena akan menjadi seorang ibu dan orangtua, tetapi tidak sedikit juga ibu hamil merasa sedih dan bahkan kecewa setelah mengetahui dirinya hamil.

b) Ibu merasa tidak sehat sehingga seringkali membenci kehamilannya.

c) Selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.

d) Selalu memperhatikan dengan seksama perubahan yang terjadi pada tubuhnya.

e) Mengalami penurunan libido selama periode ibu hamil TM 1, keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks.

2) Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil TM II

a) Ibu sudah bias menerima kehamilannya dan mulai menggunakan energi dan pikirannya secara konstruktif.

b) Ibu mulai merasa terlepas dari rasa kecemasan, rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada TM I.

c) Meningkatnya libido.

d) Beberapa ibu hamil akan menjadi sedikit lupa selama kehamilannya.

3) Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil TM III

a) Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.

b) Ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu.

c) Ibu merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal.

d) Ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya.

e) Merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

f) Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek.

g) Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil.

h) 2 minggu sebelum melahirkan, sebagian besar wanita mulai mengalami perasaan senang.

i) Reaksi calon ibu terhadap persalinan ini secara umum tergantung pada persiapan dan persepsinya terhadap kejadian ini. Perasaan sangat gembira yang dialami ibu seminggu sebelum persalinan mencapai klimaksnya sekitar 24 jam sebelum persalinan.

c. Kebutuhan Psikologis Pada Ibu Hamil

1) Dukungan Dari Suami selama hamil sangat diperlukan untuk kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, diantaranya adalah :

a) Suami merasa senang dan bahagia mendapat keturunan.

b) Suami sangat mendambakan bayi dalam kandungan istri.

c) Suami menunjukkan kebahagiaan pada kehamilan ini.

d) Suami memperhatikan kesehatan istri.

e) Suami tidak menyakiti istri.

f) Suami menghibur/menenangkan ketika ada masalah yang dihadapi istri.

g) Suami menasehati istri agar istri tidak terlalu capek bekerja.

h) Suami membantu tugas istri.

i) Suami berdoa untuk kesehatan dan keselamatan istrinya.

j) Suami mengantar ketika periksa hamil.

k) Suami menemani jalan-jalan.

l) Suami merencanakan mendampingi pada saat melahirkan.

2) Dukungan dari Keluarga

3) Support dari Tenaga Kesehatan Pada Ibu Hamil

4) Rasa Aman dan Nyaman Selama Kehamilan

5) Persiapan menjadi orangtua

6) Persiapan sibling

d. Peran dan Keterampilan Bidan dalam Psikologis

Rogers (1980) mengidentifikasi tiga unsur dasar untuk melakukan pendekatan konseling yang berpusat pada individu, yakni kehangatan, ketulusan dan pemahaman yang bersifat empati :

1) Kehangatan melibatkan sikap yang dapat didekati dan terbuka, memperlakukan individu lain dengan penghargaan yang sama, tidak menghakimi.

2) Ketulusan adalah tentang menunjukkan rasa ketertarikan yang tulus pada individu lain.

3) Empati adalah suatu respon yang memperlihatkan bahwa konselor (atau bidan) telah mempersepsikan perasaan-perasaan individu lain secara akurat dan mengkomunikasikan pemahaman kepada mereka.

e. Aspek Kultural

Pengaruh sosial budaya sangat jelas terlihat pada ibu hamil dan keluarga yang menyambut masa-masa kehamilan. Upacara-upacara yang diselenggarakan mulai dari kehamilan 3 bulan, 7 bulan, masa melahirkan dan masa nifas sangat beragam menurut adat istiadat daerah masing-masing (Syafrudin, 2009)

Masyarakat Kerinci Jambi, wanita hamil dilarang makan hamil agar bayinya tidak berbulu sepeti rebung. Mereka juga dilarang makan jantung pisang agar anaknya lahir tidak terlalu kecil, atau mengonsumsi senawa/jamur karena akan menyebabkan plasenta menjadi kembar sehingga mengalami kesulitan waktu melahirkan, alasan ini merupakan keyakinan budaya.

Keyakinan lain pada masyarakat Keruak Lombok Timur, wanita hamil dilarang makan gurita, cumi, kepiting, udang dan ikan pari. Ikan gurita dan cumi dianggap mempunyai kaki yang lekat dan mencengkeram, hal ini diasosiasikan ari-ari bayi akan lekat dan mencengkeram rahim ibu sehingga bayi susah lahir. Makan udang yang bentuknya melengkung dianggap akan menyebabkan bayi berbentuk serupa sehingga mempersulit kelahiran. Ikan pari yang hidungnya tajam akan menyebabkan bayi sulit keluar, sementara kepiting menyebabkan bayi akan lebih dahulu keluar tangannya atau letaknya melintang. Sebaliknya adapula makanan yang dianjurka karena dianggap baik bagi wanita hamil, ia harus makan tanah kaken/lempung merah. Penduduk setempat juga percaya bahwa pada saat hamil harus makan sebanyak-banyaknya dalam arti kuantitas, bukan kualitas. Pada masyarakat Biak Numfor (Irian), suami istri yang tengah menantikan kelahiran bayinya dilarang makan daging hewan tertentu diantaranya kura-kura.

Pantangan yang hubungannya dengan asosiatif atau adat memantang yang berhubungan dengan pantangan perbuatan atas dasar keyakinan sifat ghoib, karena terdapat sejumlah pantangan perbuatan yang melarang wanita hamil dan suaminya melakkan hal-hal tertentu yang secara ghoib diaggap dapat berakibat buruk bagi beyi mereka, sebagai contoh di Kemantan Kabupaten Kebalai. Seorang wanita hamil pantang masuk hutan karena akan diintai harimau, pantang keluar waktu maghrib akan menyebabkan beranak hantu, panting menjalin rambut bila keluar rumah akan menyebabkan leher bayi terlilit tali pusatnya sendiri, pantang duduk di tanah atau di batu, akan terjadi ketuban bumi/sulit melahirkan, pantang bernadzar yang hebat-hebat karena kelak air liur bayinya akan meleleh terus.

2. Masa Persalinan

Persalinan merupakan proses lahirnya hasil konsepsi berupa janin dan plasenta melalui jalan lahir maupun jalan lahir.

a. Aspek Psikososial

Pada masyarakat Bali Aga di desa Trunyan, Bali memandang kelahiran sebagai hal yang wajar dan bersifat "publik". Kelahiran dianggap sebagai urusan laki-laki, karena dukun bayi pria dan suami merupakan pemeran utama dari penolong persalinan. Berbeda dengan masyarakat Krikati di Brazilia tengah, handai tolan termasuk anak-anak bisa berkerumun di depan pintu yang dibiarkan terbuka, untuk menyaksikan proses kelahiran tersebut di luar ruangan. Meski demikian hanya dukun pria, suami, ibu kandung sang wanita melahirkan, dan anak-anaknya yang lahir terdahulu saja yang berada di ruangan, ditambah satu orang wanita

lainnya atau lebih, yang mempunyai fungsi sebagai pembantu persalinan apabila tenaganya diperlukan.

Para penolong dan cara-cara menolong persalinan merupakan kesatuan yang tak terpisahkan, karena diikat oleh kesaman pemahaman mengenai sifat dari proses kelahiran itu dengan pengaruhnya terhadap kondisi bayi dan ibunya. Dalam proses persalinan di lingkungan di masyarakat Bali Aga, wanita akan melahirkan duduk dengan posisi bersandar pada dada balian tekuk (dukun beranak) di atas bangku. Sang suami duduk tepat di hadapan istrinya, karena berfungsi sebagai penerima bayi pada saat lahirnya.

Diantara suami istri terdapat lubang dangkal yang diberi alas untuk menampung plasenta, air tembuni, dan darah yang keluar dari tubuh wanita yang melahirkan. Disisi wanita itu, berdiri seorang gadis yang berfungsi untuk menarik rambutnya, agar sang wanita yang melahirkan dapat tetap dalam posisi duduk tegak. Tujuannya adalah untuk menjaga agar jiwanya dapat tetap diam dalam tubuhnya dan tidak akan meninggalkannya. Sang balian tekun akan mengurutnya untuk membetulkan posisi bayi bila terasa sungsang dalam perut ibunya. Namun bila proses kelahiran tampak berjalan normal, ia tak kan berbuat apa-apa kecuali berfungsi sebagai tempat bersandar sang wanita melahirkan dan memberikan ketenangan psikologis. Seorang pelaku lain, balian usada hanya berperan apabila terjadi proses persalinan yang sulit. Ia akan membacakan mantera-mantera dan doa, serta memberikan minuman air suci kepada si ibu, lalu menyemburnya dengan ludah yang dicampur kunyahan daun sirih. Para pelaku, khususnya sang gadis, senantiasa mengusahakan agar si ibu tidak pingsan, karena hal itu dianggap dapat menyebabkan kematiannya. Sementara itu, ibu dari

wanita yang melahirkan turut berada di ruangan yang sama untuk memberikan ketenangan batin bagi putrinya yang sedang dalam proses melahirkan. Selama proses pertolongan persalinan, diyakini oleh semua pelaku bahwa selama ari-ari belum keluar, tali pusat tak boleh dipotong karena kuatir akan tertarik kembali ke dalam rahim sang ibu.

Dari segi kedokteran hal dianggap membahayakan karena pedarahan pada ari-ari dapat menyebabkan perdarahan pada bayi pula. Setelah ari-ari keluar, ayah sang bayi memotong tali pusat anaknya dan para pelaku lain mulai sibuk mengambil air hangat dan rempah-rempah. Sementara itu tugas dukun bayi dan ayah sang bayi masih berlanjut dengan upacara untuk merawat dan membungkus plasenta, darah, air tembuni dan tali pusat sang bayi, untuk digantungkan pada tempat khusus yang disediakan untuk keperluan itu, di bagian selatan induk trunyan. Uraian tersebut menunjukkan interaksi antara aspek budaya dan aspek sosial yang terwujud dalam kegiatan menolong persalinan yang dilakukan oleh para pelaku, masing-masing dengan peran dan tugasnya selama proses persalinan berlangsung, tidak saja bagi sang bayi, melainkan juga bagi perawatan plasentanya. Kerjasama yang terpola itu dilandasi oleh pengetahuan budaya yang sama mengenai sifat-sifat dan fisiologi kelahiran.

b. Aspek Kultural

Dari segi budaya, melahirkan tidak hanya merupakan suatu proses yang semata-mata berkenaan dengan lahirnya sang bayi saja, karena pada saat itu, dari rahim sang ibu keluar pula unsur-unsur yang biasanya dikategorikan sebagai unsur kotor, seperti darah, air ketuban, tali pusat dan plasenta. Dari segi budaya, pengetian "kotor" tidak selalu mengacu pada arti harfiahnya, namun kotor dalam arti "duniawi",

sebagai lawan dari sifat sakral, suci dan ghoib. Karena itu kebudayaan menetapkan bahwa proses mengeluarkan unsur-unsur yang kotor atau keduniawian harus dilangsungkan di tempat yang sesuai untuk keperluan itu. Disini dijelaskan bahwa pandangan masyarakat tentang wilayah bersih yang tidak boleh dikotori, sedangkan melahirkan adalah proses membuang unsur-unsur yang kotor, sehingga pilihan melahirkan ditetapkan di dapur sebagai wilayah kotor, sebagian masyarakat Dayak Kenyah di Desa Long merah, Kalimantan Timur, yang tinggal di ummaq dadog (Rumah komunal tradisional dengan bilik-bilik yang berjajar) juga memilih dapur sebagai tempat melahirkan. Namun alasannya lebih cenderung kepada faktor adat sopan santun. Bagian tengan rumah yang disebut sinong terlalu terbuka bagi umum dan kurang memberikan suasana yang dibutuhkan oleh wanita hamil untuk melahirkan bayinya, baik dari segi ketenangan maupun adat sopan santun. Maka dapur sebagai satu-satunya bagian rumah yang tertutup dan memberikan ruang pribadi yang dibutuhkan untuk melahirkan, menjadi pilihan sebagai tempat melahirkan.

Masa lalu, melahirkan dianggap sebagai kategori non sakral sehingga kelahiran dilangsungkan di tempat yang sesuai untuk itu ialah ladang yang bersifat duniawi, yang merupakan salah satu dari pusat kehidupan selain desa dimana rumah-rumah penduduk berada. Oleh karena itu sekitar seminggu sebelum sang wanita melahirkan, ia akan dibawa oleh suami dan ibunya untuk tinggal di ladanga hingga saatnya melahirkan. Meskipun pada masa kini kebudayaan orang Mentawai telah mengalami perubahan, masih ada di pedalaman penduduk pulau siberut yang menjalankan adat melahirkan berdasarkan konsep itu.

3. Masa Nifas

Masa nifas (Puerperium) adalah mulai partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genetalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 69% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Prawihardjo A, 2002).

a. Aspek Psikososial

Dalam masa nifas sering terjadi gangguan psikologis seperti Depresi pospartum terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari, dapat terjadi kapanpun bahkan sampai 1 tahun kedepan, dengan ditandai gejala-gejala sebagai berikut :

1) Ibu dipenuhi rasa sedih dan depresi yang disertai dengan menangis tanpa sebab.
2) Tidak memiliki tenaga hanya sedikit saja untuk melakukan aktivitas.
3) Tidak dapat berkonsentrasi.
4) Ada gangguan pola tidur atau istirahat.
5) Perubahan nafsu makan dan perubahan mental psikisnya.
6) Terkadang muncul fobia.

Depresi pospartum ini disebabkan beberapa faktor penyebab, diantaranya:

1) Faktor konstitusional (kurangnya dukungan orang-orang disekitarnya misalnya keluarga, atau lingkungan tempat ibu bekerja).
2) Faktor fisik (terkait perubahan bentuk tubuh setelah melahirkan).
3) Faktor psikologi (terkait ibu yang tidak mampu beradaptasi dengan peran baru dijalaninya).

Beberapa cara untuk mengatasi depresi pospartum adalah:

1) *Screening test*, dimana alat ini digunakan untuk melihat sebagaimana tingkat depresi seseorang.
2) Ada dukungan psikologis.
3) Istirahat yang cukup.
4) Diperlukan dukungan psikolog atau konselor.
5) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti depresan.
6) Lakukan rujukan agar ibu mendapat perawatan yang intensif.

b. Aspek Kultural

Budaya berasal dari sangskerta *(BUDDHAYAH)* yaitu bentuk jamak dari buddhi yang berarti *"BUDI"* atau "akal" semua hal-hal yang berkaitan dengan akal. Kebudayaan merupakan keseluruhan yang kompleks, yang didalamnya terkandung ilmu pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat (Syafrudin, 2009).

Secara tradisional, bagian pertama dari periode ini adalah masa istirahat. Yaitu ketika ibu dipisahkan oleh orang lain (khususnya pria) karena kehilangan zat darahnya dari vagina sehingga tidak bersih. Pada saat itu, tanpa disadari zat darah tersebut, lochea, yang merupakan campuran dari darah dan produk jaringan dari dinding rahim secara perlahan-lahan luruh, ketika rahim mengalami pengecilan kembali

atau pengerutan, kembali ke ukuran rahim semula. Tradisi pemisahan selama periode istirahat sudah lama ditinggalkan, tetapi banyak pengaruh terhadap sekelilingnya, seperti keyakinan bahwa wanita tersebut tidak bersih, sampai kini (Jones, 2005).

Pada masyarakat Maluku, pantangan makanan pada masa nifas yaitu: Terong agar lidah bayi tidak ada bercak putih, nenas, mangga tidak bagus untuk rahim (Syafrudin, 2009).

Dari berbagai adat istiadat terlihat bahwa, upacara, penanganan bagi ibu hamil, melahirkan dan nifas berbeda-beda setiap wilayah dan menjadi gambaran penting bagi bidan yang bertugas di wilayah seluruh Indonesia. Oleh karena itu ilmu pengetahuan sosial ke masyarakat sangat penting dipahami oleh seorang bidan dalam menjalankan tugasnya. Karena bidan sebagai petugas kesehatan yang berada digaris depan dan berhubungan langsung dengan masyarakat, dengan latar belakang agama, budaya, pendidikan dan adat istiadat yang berbeda. pengetahuan sosial dan budaya yang dimiliki oleh seorang bidan akan berkaitan dengan cara pendekatan untuk merubah perilaku dan keyakinan masyarakat yang tidak sehat, menjadi masyarakat yang berperilaku sehat (Syafrudin, 2009).

DETEKSI DINI, KONSULTASI, KOLABORASI DAN RUJUKAN PADA IBU HAMIL, BERSALIN DAN NIFAS

2

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu melakukan deteksi dini, konsultasi, kolaborasi dan rujukan didukung kemampuan berfikir kritis dan rasionalisasi klinis sesuai lingkup asuhan kebidanan.

A. PENYULIT PADA MASA KEHAMILAN

Kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologis. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh seorang bidan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan dini adanya komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi selama hamil muda. Adanya komplikasi ibu dan janin yang mungkin terjadi pada masa kehamilan muda meliputi perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum maupun nyeri perut bagian bawah.

1. Hipertensi

a. Defenisi

Hipertensi gestasional adalah tekanan darah tinggi yang terjadi saat hamil. Ibu hamil yang sudah menderita tekanan darah tinggi (140/90 mmHg) sebelum hamil atau sebelum usia kehamilan 20 minggu disebut dengan hipertensi kronis.

b. Jenis-jenis Hipertensi

Hipertensi Kronik

Hipertensi dalam kehamilan disebut juga dengan hipertensi kronik, yaitu hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi menetap setelah 6 minggu pasca persalinan. Dasar diagnosis Anamneses ada Nyeri kepala dan Gangguan penglihatan. Pemeriksaan fisik, Tekanan darah diastolic > 90 mmHg, Pemeriksaan penunjang (Protein urine (+)).

1) Superimposed Pre Eklampsia

Hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh kehamilan. Dasar diagnosis Anamnesis ada Nyeri kepala dan Gangguan penglihatan. Pada Pemeriksan fisik, Tekanan diastolic 90-110 mmHg, Pemeriksaan penunjang (Protein urine < ++).

2) Preeklampsia

Adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Eklampsia adalah preeklampsi yang disertai dengan kejang-kejang dan/ atau koma.

3) Eklampsia

Kejang pada eklampsi berkaitan dengan terjadinya edema serebri. Secara teoritis terdapat dua penyebab terjadinya edema serebri fokal yaitu adanya vasospasme dan dilatasi yang kuat. Teori vasospasme menganggap bahwa over regulation serebrovaskuler akibat naiknya tekanan darah menyebabkan vasospasme yang berlebihan yang menyebabkan iskemia local.

c. Faktor Risiko

Hipertensi dalam kehamilan merupakan gangguan multifaktorial. Beberapa faktor risiko dari hipertensi dalam kehamilan adalah (Katsiki N et al., 2010) :

1) Faktor maternal

a) Usia maternal

Usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-30 tahun. Komplikasi maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Dampak dari usia yang kurang, dapat menimbulkan komplikasi selama kehamilan.

b) Paritas

Sekitar 85% hipertensi dalam kehamilan terjadi pada kehamilan pertama (Primigravida).

c) Riwayat penyakit keluarga

Terdapat peranan genetik pada hipertensi dalam kehamilan. Riwayat hipertensi Riwayat hipertensi kronis yang dialami selama kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dimana

komplikasi tersebut dapat mengakibatkan superimpose preeklampsi dan hipertensi kronis dalam kehamilan.

d) Tingginya indeks massa tubuh

Tingginya indeks massa tubuh merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, kelebihan gula dan garam yang bisa menjadi faktor risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, hipertensi dalam kehamilan, penyakit jantung koroner, reumatik dan berbagai jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain.

e) Gangguan ginjal

Penyakit ginjal seperti gagal ginjal akut yang diderita pada ibu hamil dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan.

2) Faktor kehamilan

Faktor kehamilan seperti molahilatidosa, hydrops fetalis dan kehamilan ganda berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Preeklampsi dan eklampsi mempunyai risiko 3 kali lebih sering terjadi pada kehamilan ganda.

d. Manifestasi Klinis

1) Hipertensi dalam kehamilan sebagai komplikasi kehamila

a) Preeklampsi adalah suatu sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel. Diagnosis preeklampsi ditegakkan jika terjadi hipertensi disertai dengan proteinuria dan atau edema yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke-20.

b) Eklampsia adalah terjadinya kejang pada seorang wanita dengan preeklampsia yang tidak dapat disebabkan oleh

hal lain. Kejang bersifat grand mal atau tonik-klonik generalisata dan mungkin timbul sebelum, selama atau setelah persalinan. Eklampsia paling sering terjadi pada trimester akhir dan menjadi sering mendekati aterm. Pada umumnya kejang dimulai dari makin memburuknya preeklampsia dan terjadinya gejala nyeri kepala daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, nyeri epigastrium dan hiperrefleksia. Konvulsi eklampsi dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu (Prawirohardjo, 2013) :

- Tingkat awal atau aura

  Keadaan ini berlangsung kira-kira 30 detik. Mata penderita terbuka tanpa melihat, kelopak mata bergetar demikian pula tangannya dan kepala diputar ke kanan atau ke kiri.

- Tingkat kejang tonik

  Berlangsung kurang lebih 30 detik. Dalam tingkat ini seluruh otot menjadi kaku, wajah kelihatan kaku, tangannya menggenggam dan kaki membengkok ke dalam. Pernafasan berhenti, muka terlihat sianotik dan lidah dapat tergigit.

- Tingkat kejang klonik Berlangsung antara 1-2 menit. Kejang tonik menghilang. Semua otot berkontraksi secara berulang-ulang dalam tempo yang cepat. Mulut membuka dan menutup sehingga lidah dapat tergigit disertai bola mata menonjol. Dari mulut, keluar ludah yang berbusa, muka menunjukkan kongesti dan sianotik. Penderita menjadi tak sadar. Kejang klonik ini dapat terjadi demikian hebatnya, sehingga penderita dapat terjatuh dari tempat tidurnya. Akhirnya

kejang berhenti dan penderita menarik nafas secara mendengkur.

- Tingkat koma

  Lamanya ketidaksadaran tidak selalu sama. Secara perlahan-lahan penderita menjadi sadar lagi, akan tetapi dapat terjadi pula bahwa sebelum itu timbul serangan baru yang berulang, sehingga penderita tetap dalam koma. Selama serangan, tekanan darah meninggi, nadi cepat dan suhu meningkat sampai 40^0C.

2. Anemia

a. Defenisi

Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan, maupun nifas dan masa selanjutnya. Penyulit-penyulit yang dapat timbul akibat anemia adalah : Keguguran (abortus), kelahiran prematur, persalinan yang lama akibat kelelahan otot rahim di dalam berkontraksi (inersia uteri), perdarahan pasca melahirkan karena tidak adanya kontraksi otot rahim (atonia uteri), syok, infeksi baik saat bersalin maupun pasca bersalin serta anemia yang berat.

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2.

b. Penyebab

Beberapa penyebab anemia yaitu : 1. Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan. 2.

Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi, terutama ibu hamil, masa tumbuh kembang pada remaja, penyakit kronis, seperti tuberculosis dan infeksi lainnya. 3. Perdarahan yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang, malaria, haid yang berlebihan dan melahirkan.

c. Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil:

1) Umur

Umur Ibu Menurut Amiruddin (2007), bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu 74,1% menderita anemia dan ibu hamil yang berumur 20 – 35 tahun yaitu 50,5% menderita anemia. Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, mempunyai risiko yang tinggi untuk hamil, karena akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, berisiko mengalami pendarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.

2) Paritas

Menurut Herlina (2006), Ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai risiko 1.454 kali lebih besar untuk mengalami anemia di banding dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

3) Kurang Energi Kronis (KEK)

Kurang Energi Kronis (KEK) 41% (2.0 juta) ibu hamil menderita kekurangan gizi. Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan bio sosial dari ibu hamil

dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsums pangan, umur, paritas, dan sebagainya. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Wanita Usia Subur (WUS). Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan tatus gizi dalam jangka pendek. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) dapat digunakan untuk tujuan penapisan status gizi Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LILA <23,5 cm.

4) Infeksi dan penyakit zat besi

Merupakan unsur penting dalam mempertahankan daya tahan tubuh agar tidak mudah terserang penyakit. Menurut penelitian, orang dengan kadar Hb.

5) Jarak kehamilan

Menurut Ammirudin (2007) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1 – 3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat berisiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

3. Abortus

a. Defenisi

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat sesuatu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup di luar kandungan (Saifudin: 2000).

Abortus juga didefinisikan sebagai sutau yang terjadi secara ilmiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut. Terminologi umum masalah ini adalah keguguran atau *miscarriage*. Sedangkan abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu dengan tujuan untuk mengakhiri proses kehamilan.

b. Jenis abortus

Jenis Abortus dapat dilihat berdasarkan tabel di bawah ini :

Tabel 14. Jenis Abortus

No	Diagnosis	Perdarahan	Nyeri Perut	Uterus	Servik	Gejala Khas
1	Abortus Imminens	Sedikit	Sedang	SUK	Tertutup	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
2	Abortus Insipiens	Sedang-banyak	Sedang-hebat	SUK	Terbuka	Tidak ada ekspulsi jaringan
3	Abortus Inkomplit	Sedang-banyak	Sedang-hebat	SUK	Terbuka	Ekspulsi sebagian jaringan konsepsi
4	Abortus Komplit	Sedikit	Tanpa/sedikit	LKDUK	Terbuka/ Tertutup	Ekspulsi seluruh jaringan konsepsi
5	Missed Abortion	Tidak ada	Tidak ada	LKDUK	Tertutup	Janin telah mati tapi tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
6	Abortus Septik	Ada/tidak ada	Ada/tidak ada	SUK/ LKDUK	Terbuka/ Tertutup	Terjadi tandatanda infeksi, didapatkan keputihan berbau

c. Penatalaksanaan umum

1) Nilai keadaan umum ibu *(vital sign)*.

2) Evaluasi tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik < 90 mmHg.

- Jika terdapat syok, lakukan tatalaksana awal syok.
- Jika tidak terlihat tanda-tanda syok, tetap pikirkan kemungkinan tersebut saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.

3) Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran.
4) Lakukan tatalaksana selanjutnya sesuai jenis abortus.

4. KPD

a. Defenisi

KPD (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya selaput janin sebelum terjadi persalinan dengan tidak melihat berapa usia persalinan. (Caughey dkk, 2008). Pada KPD kehamilan preterm dan KPD kehamilan aterm kemudian dibagi menjadi KPD awal yaitu kurang dari dua belas jam setelah pecah ketuban dan KPD berkepanjangan yang terjadi dua belas jam atau lebih setelah pecah ketuban.

b. Penyebab

Terjadinya KPD Masih belum dapat ditentukan secara pasti.[14] Dalam kebanyakan kasus, berbagai faktor risiko saling berinteraksi sebagai penyebab KPD, mesikupun secara garis besar KPD dapat terjadi karena lemahnya selaput ketuban, di mana terjadi abnormalitas berupa berkurangnya ketebalan kolagen atau terdapatnya enzim kolagenase dan protease yang menyebabkan depolimerisasi kolagen sehingga elastisitas dari kolagen berkurang.

c. Diagnosis

KPD secara tepat sangat penting untuk menentukan penanganan selanjutnya. Cara-cara yang dipakai untuk menegakkan diagnosis adalah :

1) Pasien merasakan adanya cairan yang keluar secara tiba-tiba dari jalan lahir atau basah pada vagina. Cairan ini berwarna bening dan pada tingkat lanjut dapat disertai mekonium.
2) Terdapat cairan ketuban yang keluar melalui bagian yang bocor menuju kanalis servikalis atau forniks posterior, pada tingkat lanjut ditemukan cairan amnion yang keruh dan berbau.
3) Ditemukan volume cairan amnion yang berkurang/oligohidramnion, namun dalam hal ini tidak dapat dibedakan KPD sebagai penyebab oligohidramnion dengan penyebab lainnya.
4) Untuk menentukan ada atau tidaknya infeksi, kriteria laboratorium yang digunakan adalah adanya Leukositosis maternal (lebih dari 15.000/uL), adanya peningkatan C-reactive protein cairan ketuban serta amniosentesis untuk mendapatkan bukti yang kuat (misalnya cairan ketuban yang mengandung leukosit yang banyak atau bakteri pada pengecatan gram maupun pada kultur aerob maupun anaerob).

5. Kehamilan Ektopik

a. Defenisi

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba falopi merupakan tempat tersering terjadinya implantasi kehamilan ektopik. Kehamilan

ektopik dikatakan terganggu apabila berakhir dengan abortus atau rupture tuba. Kejadian kehamilan ektopik terjadi didalam tuba. Kejadin ektopik tuba terjadi 1 dari 150 persalinan di Amerika.

b. Patofisiologi

Kehamilan ektopik terutama terjadi akibat ganguan transportasi ovum yang telah dibuahi dari tuba ke rongga Rahim.

c. Dasar diagnosis

1) Anamnesis
   a) Terlambat haid.
   b) Gejala subjektif kehamilan lainnya, seperti mual, pusing dan sebagainya.
   c) Nyeri perut, local atau menyeluruh bias sampai pingsan dan nyeri bahu.
   d) Perdarahan pervaginam.
2) Pemeriksaan fisik

   Tanda-tanda syok hipovolemik
   a) Hipotensi.
   b) Takikardi.
   c) Pucat, anemis, ekstremitas dingin.

   Nyeri abdomen
   a) Perut tegang.
   b) Nyeri tekan dan nyeri lepas pada abdomen.
3) Pemeriksaan ginekologis

   Pemeriksaan dengan inspekulo : Ada flaksus

   Pemeriksaan dalam :
   a) Nyeri goyang serviks.

   b) Corpus uteri sedikit membesar dan lunak.
   c) Nyeri pada perabaan.
   d) Kanan dan kiri uterus teraba massa tumor.
   e) Cavun douglas bisa menonjol karena berisi darah.
   f) Dan nyeri tekan.

d. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium
   a) Hb, leukosit.
   b) Beta HCG.
2) USG
   a) Tidak ada kantung kehamilan dalam cavum uteri.
   b) Kantong kehamilan di luar cavum uteri.
   c) Adanya masa kompleks di luar panggul.
3) Kuldensitis: Untuk mengetahui adanya darah dalam cavum douglas dengan melakukan laparoskopi.

6. Mola Hidatidosa

a. Defenisi

Hamil mola adalah suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi poliferasi dari vili korioniks dengan degenerasi hidrofik. Uterus melunak dan adanya janin. Cavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur koriolis yang seluruhnya atau sebagian berkembang tidak wajar berbentuk gelembung-gelembung seperti anggur.

b. Klasifikasi

1) Molahidatidosa komplit.
2) Molahidatidosa parsial.

c. Faktor predisposisi

1) Umur sangat muda dan tua.
2) Gizi kurang, molahidatidosa banyak ditemukan pada mereka yang kekurangan protein.
3) Etnis, lebih banyak ditemukan pada mongoloid dari pada kaukosid.
4) Genetic wanita dengan *balanced translocation* mempunyai risiko lebih tinggi.

d. Dasar diagnosis

1) Amenorea.
2) Keluhan gestosis antara lain hyperemesis gravidarum.
3) Perdarahan.

e. Pemeriksaan fisik

Uterus lebih besar dari usia kehamilan

f. Pemeriksaan penunjang

1) Kadar beta HCG lebih tinggi.
2) USG : Didapatkan gelembung mola yang vesikel.

g. Diagnose pasti

1) Klinis terlihat gelembung mola keluar dari uterus.
2) Pemeriksaan patologi anatomi.

7. Plasenta Previa

a. Defnisi

Plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (OUI). Plasenta yang ada di depan jalan lahir. (*prae* = di depan, *vias* = jalan), jadi yang dimaksud adalah plasenta implantasinya tidak normal sehingga menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir (Ostium Uteri Internium).

b. Faktor predisposisi :

1) Multiparitas dan umur lanjut (> 35 tahun).
2) Defek vaskularisasi desidua yang kemungkinan terjadi akibat perubahan atrofik dan inflamatorotik.
3) Cacat atau jaringan parut pada endometrium oleh bekas pembedahan (SC, Kuret, dll).
4) Chorion leave persisten.
5) Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi.
6) Konsepsi dan nidasi terlambat.
7) Plasenta besar pada hamil ganda dan eritoblastosis atau hidrops fetalis.

c. Faktor risiko dan etiologi Plasenta Previa :

Menurut penelitian Wardana (2007) yang menjadi faktor risiko plasenta previa yaitu:

1) Risiko plasenta previa pada wanita dengan umur 35 tahun 2 kali lebih besar dibandingkan dengan umur < 35.
2) Risiko plasenta previa pada multigravida 1,3 kali lebih besar dibandingkan primigravida.
3) Risiko plasenta previa pada wanita dengan riwayat abortus 4 kali lebih besar dibandingkan dengan tanpa riwayat abortus.
4) Riwayat seksio sesaria tidak ditemukan sebagai faktor risiko terjadinya plasenta previa.

d. Klasifikasi Plasenta Previa

Menurut Chalik (2008) plasenta previa dapat digolongkan menjadi empat bagian yaitu :

1) Plasenta previa totalis atau komplit, adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.
2) Plasenta previa parsialis, adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.
3) Plasenta previa margianalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
4) Plasenta letak rendah, yang berarti bahwa plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim yang sedemikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum.

8. Hiperemesis Gravidarum

a. Defenisi

Mual dan muntah (*Morning Sickness*, Emesis Gravidarum) adalah mual dan muntah selama kehamilan yang terjadi antara 4 dan 8 minggu kehamilan dan terus berlanjut hingga 14-16 minggu kehamilan dan gejala biasanya akan membaik. Mual dan muntah selama kehamilan dapat berupa gejala yang ringan hingga berat. Mual dan muntah adalah keluhan utama pada 70 %-80 % kehamilan.

b. Etiologi

Hingga saat ini penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti dan multifaktorial. Walaupun beberapa mekanisme yang diajukan bisa memberikan penjelasan yang layak, namun bukti yang mendukung untuk setiap penyebab hiperemesis gravidarum masih belum jelas. Beberapa teori telah diajukan untuk menjelaskan penyebab hiperemesis gravidarum. Teori yang dikemukakan untuk menjelaskan patogenesis hiperemesis gravidarum, yaitu faktor endokrin dan faktor non endokrin.

c. Komplikasi

Baik komplikasi yang relatif ringan maupun berat bisa disebabkan karena hiperemesis gravidarum. Kehilangan berat badan, dehidrasi, acidosis akibat dari gizi buruk, alkalosis akibat dari muntah-muntah, hipokalemia, kelemahan otot, kelainan elektrokardiografi dan gangguan psikologis dapat terjadi. Komplikasi yang mengancam nyawa meliputi ruptur esofagus yang disebabkan muntah-muntah berat, Wernicke's encephalopathy (diplopia, nystagmus, disorientasi, kejang, coma), perdarahan retina, kerusakan ginjal, pneumomediastinum spontan, IUGR dan kematian janin. Pasien dengan hiperemesis gravidarum pernah dilaporkan mengalami epistaxis pada minggu ke-15 kehamilan karena intake vitamin K yang tidak adekuat yang disebabkan emesis berat dan ketidakmampuannya mentoleransi makanan padat dan cairan. Dengan penggantian vitamin K, parameter-parameter koagulasi kembali normal dan penyakit sembuh.

B. PENYULIT PADA MASA 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 (Hidayat. A., Sujiyatini, 2010). Dalam tahap persalinan kadang terjadi penyulit dan harus segera ditangani.

1. Deteksi Dini Penanganan Awal Dan Rujukan Pada Kala I

a. Gawat Janin

Gawat janin adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Nugroho, 2012). Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O2 yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160/menit atau di bawah 100/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009).

Penyebab gawat janin adalah :

1) Persalinan berlangsung lama.
2) Induksi persalinan dengan oksitosin.
3) Ada perdarahan.
4) Infeksi yang disebabkan oleh pecahnya ketuban.
5) Insufisiensi plasenta.
6) Kehamilan posterm.
7) Preeklamsia.

Tanda gejala gawat janin yaitu DJJ abnormal dapat disebut juga dengan fetal distress. Fetal distress dibagi menjadi dua yaitu fetal distress akut dan fetal distress kronis.

Penatalaksanaan gawat janin yaitu pemantauan DJJ, memperbaiki aliran darah uterus dan memperbaiki aliran darah umbilikus.

b. Malpresentasi

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex. Malposisi: Posisi janin selain posisi oksipito-anterior.

Masalah yang dapat terjadi yaitu janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet. Salah satu jenis malpresentasi adalah letak sungsang.

c. Letak Sungsang

1) Defenisi

Adalah suatu keadaan dimana posisi janin memanjang (membujur) dalam rahim dengan kepala berada pada bagian atas rahim (fundus uteri) dan bokong berada dibagian bawah ibu.

2) Penyebab sungsang

Letak janin tergantung pada proses adaptasinya di dalam rahim. Jadi tidak perlu khawatir jika posisi sungsang terjadi pada usia kehamilan di bawah 32 minggu. Pada usia kehamilan ini, jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga janin masih dapat bergerak bebas. Dari posisi sungsang berputar menjadi posisi melintang lalu berputar lagi sehingga posisi kepala dibagian bawah rahim. Sehingga frekuensi letak sungsang menjadi lebih tinggi pada kehamilan belum cukup bulan.

3) Klasifikasi letak sungsang

Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki dapat ditentukan beberapa bentuk letak sungsang :

a) Letak bokong murni :
   i. Teraba bokong.
   ii. Kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi.
   iii. Kedua kaki bertindak sebagai spalk.

b) Letak bokong kaki sempurna :

i. Teraba bokong.

ii. Kedua kaki berada disamping bokong.

c) Letak bokong tak sempurna :

i. Teraba bokong.

ii. Disamping bokong teraba satu kaki.

d) Letak kaki :

i. Bila bagian terendah teraba salah satu dan kedua kaki atau lutut.

ii. Dapat dibedakan : Letak kaki, bila kaki terendah, letak lutut bila lutut terendah.

4) Konsep penatalaksanaan letak sungsang

Pertolongan persalinan letak sungsang memerlukan perhatian karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat permanen sampai kematian bayi. Menghadapi kehamilan letak sungsang dapat diambil tindakan :

a) Saat kehamilan Mengubah Posisi Sungsang Dengan Bersujud. Cara termudah dan teraman untuk mengubah posisi janin sungsang adalah dengan bersujud *(knee chest position)* secara rutin setiap hari sebanyak 2 kali sehari, misalnya pagi dan sore, masing-masing selama 10 menit. Biasanya bayi akan berputar dan posisinya kembali normal, yaitu kepala berada di bagian bawah rahim. Pada saat kontrol ulang/periksa ulang, maka bidan atau dokter akan kembali melakukan pemeriksaan palpasi untuk memeriksa posisi janin. Jika belum berhasil, maka latihan diulangi dan dilanjutkan setiap hari. Latihan ini hanya efektif bila dilakukan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Cara lain yakni dengan versi luar. Merupakan upaya yang dilakukan dari luar untuk dapat mengubah kedudukan janin menjadi kedudukan lebih menguntungkan dalam persalinan pervaginam (memutar posisi janin dari luar). Untuk melakukan versi luar ini diperlukan syarat, sehingga versi luar dapat berhasil dengan baik, yaitu :

i. Dilakukan pada primigravida dengan umur kehamilan 34 minggu, multigravida dengan umur kehamilan 36 minggu.

ii. Pada inpartu dilakukan sebelum pembukaan 4 cm.

iii. Bagian terendah belum masuk atau masih dapat dikeluarkan dari pintu atas panggul.

iv. Bayi dapat dilahirkan pervaginam.

v. Ketuban masih positif utuh.

vi. Tidak ada komplikasi atau kontraindikasi (IUGR, perdarahan, bekas seksio, kelainan janin, kehamilan kembar, hipertensi).

b) Persalinan diselesaikan dengan :

Pertolongan persalinan pervaginam Pertolongan persalinan letak sungsang pervaginam yang tidak sempat atau tidak berhasil dilakukan versi luar adalah :

i. Pertolongan fisiologis secara Brach. Persalinan Brach berhasil bila berlangsung dalam satu kali his dan mengejan, Sedangkan penolong membantu melakukan hiperlordose. Bila persalinan dengan satu kali his dan mengejan tidak berhasil, maka pertolongan Brach dianggap gagal, dan dilanjutkan dengan ekstraksi (manual aid).

ii. Ekstraksi bokong partial

Persalinan dengan ekstraksi bokong partial dimaksudkan bahwa:

- Persalinan bokong sampai umbilikus berlangsung dengan kekuatan sendiri.
- Terjadi kemacetan persalinan badan dan kepala.
- Dilakukan persalinan bantuan dengan jalan : Secara klasik, secara Muller dan Loevset. P.

iii. Pertolongan persalinan kepala

- Pertolongan persalinan kepala menurut Mauriceau-veit Smellie, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala. Persalinan kepala dengan ekstraksi forsep, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala dengan teknik Mauriceau viet Smellie.
- Ekstraksi bokong totalis. Ekstraksi bokong total bila proses persalinan sungsang seluruhnya dilakukan dengan kekuatan penolong sendiri.

Pertolongan persalinan dengan sektio sesarea Memperhatikan pertolongan persalinan letak sungsang melalui jalan vaginal, maka sebagian besar pertolongan persalinan sungsang dilakukan dengan seksio sesarea.

d. Letak Lintang

1) Defenisi

Letak lintang adalah keadaan bila sumbu panjang janin hampir tegak lurus sumbu panjang ibu. Bila sumbu panjang tersebut membentuk sudut lancip, hasilnya adalah letak lintang oblik, yang biasanya terjadi sementara karena kemudian akan berubah menjadi posisi longitudinal/letak lintang pada persalinan. Di Inggris, letak lintang oblik ini dinyatakan sebagai letak lintang yang tidak stabil. Biasanya bahu berada di atas pintu atas panggul, kepala disalah satu fossa iliaka dan bokong pada fossa iliaka yang lain.

2) Etiologi

Penyebab utama :

a) Relaksasi berlebihan dinding abdomen akibat multiparitas yang tinggi.
b) Janin premature.
c) Plasenta previa.
d) Uterus abnormal.
e) Cairan amnion berlebih.
f) Panggul sempit.
g) Wanita dengan paritas tinggi mempunyai kemungkinan 10x lebih besar dari nullipara. Relaksasi dinding abdomen pada perut gantung menyebabkan uterus jatuh ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu panjang bayi menjauhi sumbu jalan lahir, yang menyebabkan terjadinya posisi oblik/melintang.

3) Diagnosa

a) Biasanya mudah ditegakkan, bahkan sering hanya dengan inspeksi saja.
b) Pada inspeksi ditemukan abdomen biasannya melebar dan fundus uteri membentang hingga sedikit diatas umbilicus.
c) Bagian bayi tidak ditemukan di fundus dan balotement kepala teraba pada salah satu fossa iliaka dan bokong di fossa iliaka yang lain.

d) Pada vaginal touche : Teraba dada bayi dikenali dengan adanya rasa bergerigi dari tulang rusuk. Bila dilatasi semakin besar, scapula dan klavikula pada sisi thorak yang lain akan dapat dibedakan.

4) Proses persalinan

Kelahiran spontan bayi jelas tidak mungkin. Bila persalinan berlanjut sampai kontraksi uterus kuat dan terbentuk cincin kontraksi yang semakin lama semakin meninggi dan semakin nyata maka keadaan ini disebut letak lintang kasep. Jika tidak ditangani dengan benar maka akan terjadi rupture uteri.

5) Prognosis

Meningkatkan risiko maternal dan meningkatkan ancaman kematian pada bayi.

6) Penatalaksanaan

Secara umum, dimulainya persalinan aktif pada wanita dengan letak lintang sudah merupakan indikasi seksio sesarea. Sebeum persalinan/pada awal persalinan, dengan ketuban yang masih utuh, upaya versi luar layak dicoba. Karena baik kaki maupun kepala bayi tidak menempati segmen bawah rahim, insisi melintang rendah pada uterus mungkin akan menyulitkan ekstraksi bayi. Umumnya insisi vertical lebih disukai.

e. Presentasi Ganda

1) Defenisi

Menumbungnya satu ekstremitas disisi bagian terbawah janin dan kedua bagian ini sekaligus berada di dalam panggul.

2) Etiologi

Keadaan yang menghalangi oklusi sempurna pintu atas panggul oleh kepala bayi, termasuk persalinan prematur.

3) Prognosis

Kematian perinatal meningkat akibat persalinan prematur, prolapsus tali pusat dan tindakan obstetric yang traumatik.

4) Penatalaksanaan

Jika lengan menumbung disamping kepala, keadaan tersebut harus diawasi ketat apakah lengan keluar bersama dengan penurunan bagian terbawah janin. Jika gagal mengikuti penurunan tersebut/bila tampaknya menghalangi penurunan kepala, lengan yang menumbung tersebut secara perlahan-lahan harus didorong ke atas dan bersamaan dengan itu, kepala akan turun karena tekanan fundus uteri.

f. Posisi Oksiput Posterior Persisten

1) Epidemiologi

Paling sering mengalami rotasi anterior spontan yang diikuti persalinan tanpa komplikasi. Pada awal persalinan, sekitar 15% janin berada dalam posisi oksiput posterior dan 5% tetap pada posisi ini saat kelahiran. Kebanyakan kasus, persalinan biasanya dapat diselesaikan tanpa kesulitan berarti bila kepala sudah mencapai perineum. Kemungkinan untuk persalinan pervaginam : Menunggu kelahiran spontan, kelahiran dengan forcep dan oksiput tepat di posterior, rotasi oksiput dengan forcep ke posisi anterior dan kelahiran, rotasi manual ke posisi anterior diikuti oleh kelahiran spontan/dengan forcep.

2) Jenis persalinan

a) Persalinan spontan

Jika pintu bawah panggul luas dan muara vagina serta perineum cukup longgar akibat persalinan pervaginam sebelumnya, persalinan spontan yang cepat kerap kali terjadi. Pada persalinan pervaginam, terutama yang menggunakan alat, laserasi perineum yang menyertainya dihubungkan dengan morbiditas jangka panjang.

b) Kelahiran dengan forcep

Penggunaan forcep dan episiotomi yang lebar memerlukan analgesia yang lebih sempurna daripada blok pudendal dab infiltrasi local perineum saja. Forcep dipasang bilateral sepanjang diameter oksipitomentalis. Seksio sesarea merupakan cara kelahiran yang tepat pada kasus-kasus seperti ini. Apabila kelahiran dengan forcep sulit dilakukan, maka dilakukan seksio sesarea.

g. Presentasi Dahi

1) Defenisi

Presentasi yang sangat jarang dijumpai. Didiagnosa bila bagian kepala janin yang berada diantara tonjolan orbita dengan ubun-ubun besar tampak pada pintu atas panggul.

2) Etiologi

Pada prinsipnya sama dengan presentasi muka. Presentasi dahi tidak stabil dan akan berubah menjadi presentasi muka atau oksiput.

3) Diagnosa

Dapat diketahui dengan palpasi abdomen bila oksiput atau dagu dapat diraba dengan mudah tapi pemeriksaan dalam *(vaginal TOUCHE)* juga penting dilakukan.

4) Mekanisme persalinan

Pada bayi yang sangat kecil dan panggul yang sangat besar, persalinan biasanya berlangsung dengan mudah. Tetapi pada bayi yang besar umumnya kelahiran sangat sulit. Diperlukan molase berat untuk persalinan pervaginam dengan presentasi dahi persisten secara khas akan menyebabkan deformitas kepala bayi. Kaput suksadenum terbentuk di atas dahi dan bisa begitu besar sehingga palpasi untuk identifikasi dahi tidak mungkin dilakukan.

5) Prognosis

Tergantung pada presentasi terakhir. Jika presentasi dahi persisten maka prognosis persalinan pervaginam jelek, kecuali bila bayi kecil atau jalan lahir sangat besar.

6) Penatalaksanaan

Pada prinsipnya sama dengan presentasi muka. Bila persalinan spontan berlangsung tanpa tanda gawat janin dan tanpa adanya kontraksi uterus yang sangat kuat, maka tidak diperlukan tindakan intervensi.

h. Letak Muka

1) Defenisi

Pada presentasi muka, kepala berada dalam posisi hiperekstensi sehingga oksipt menempel pada punggung bayi dan dagu (mentum) menjadi bagian terbawah janin. Pada janin aterm, kemajuan biasanya terhalang oleh presentasi muka mentum osterior karena dahi janin tertekan simfisis ibu. Banyak presentasi mentum posterior yang berubah spontan menjadi presentasi mentum anterioir pada tahap akhir persalinan.

2) Diagnosa

Presentasi muka didiagnosa melalui pemeriksaan dalam *(vaginal TOUCHE)* dan palpasi bagian muka yang jelas seperti mulut dan hidung, tulang pipi dan terutama tonjolan tulang orbita. Pemeriksaan radiologi menunjukkan kepala bayi dalam posisi hiperekstensi dan tulang-tulang muka yang berada pada atau sedikit di bawah pintu atas panggul merupakan gambaran yang cukup khas.

3) Etiologi

Penyebab sangat banyak dan faktor apapun yang menyebabkan ekstensi atau menghalangi fleksi kepala seperti pada kasus-kasus luar biasa, pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat sekitar leher, janin anensefalus, panggul sempit atau janin besar. Pada wanita multipara, perut gantung adalah faktor predisposisi untuk presentasi muka.

4) Mekanisme

Beberapa gerakan utama pada presentasi muka yaitu penurunan kepala, putaran paksi dalam, fleksi dan gerakan tambahan seperti ekstensi dan putaran paksi luar. Kelahiran kepala jelas tidak mungkin terjadi kecuali bila bahu telah masuk panggul pada saat yang sama, yaitu kalau bayi sangat kecil atau sudah mengalami maserasi. Oksiput ada pada poros kepala yang lebih panjang. Dagu menghadap langsung ke posterior.

Persalinan pervaginam tidak mungkin terjadi kecuali dagu memutar ke anterior. Edema sering mengacaukan bentuk muka secara mencolok. Pada saat yang sama tengkorak mengalami molase yang nyata, yang ditandai bertambah

panjangnya diameter oksipitomentalis kepala.

5) Penatalaksanaan

Persalinan pervaginam bisa berhasil jika panggul tidak sempit dan terjadi persalinan secara efektif. Pemantauan frekuensi denyut jantung janin sebaiknya dilakukan untuk menghindari kerusakan pada muka dan mata.

Usaha mengubah secara manual presentasi muka menjadi presentasi puncak kepala dengan rotasi manual atau dengan posisi dagu posterior persisten menjadi posisi mentum anterior dan kemudian versi podalik intena serta ekstraksi sangat berbahaya dan sebaiknya tidak dilakukan.

i. Prolapsus Tali Pusat

Prolaps tali pusat merupakan komplikasi yang jarang terjadi, kurang dari 1 per 200 kelahiran, tetapi dapat mengakibatkan tingginya angka kematian janin. Oleh karena itu, diperlukan keputusan yang matang dan pengelolaan segera.

1) Klasifikasi prolapsus tali pusat

Prolapsus tali pusat dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a) Tali pusat terkemuka, bila tali pusat berada di bawah bagian terendah janin dan ketuban masih intak.

b) Tali pusat menumbung, bila tali pusat keluar melalui ketuban yang sudah pecah, ke serviks, dan turun ke vagina.

c) Occult prolaps, tali pusat berada disamping bagian terendah janin turun ke vagina. Tali pusat dapat teraba atau tidak, ketuban dapat pecah atau tidak.

2) Prevalensi Prolaps Tali Pusat

Faktor dasar yang merupakan faktor perdisposisi prolaps tali pusat adalah tidak terisinya secara penuh pintu atas

panggul dan serviks oleh bagian terendah janin. Faktor-faktor etiologi prolaps tali pusat meliputi beberapa faktor yang sering berhubungan dengan ibu, janin, plasenta, tali pusat, dan iatrogenic.

a) Presentase yang abnormal seperti letak lintang atau letak sungsang terutama presentasi kaki.
b) Prematuritas.
c) Kehamilan ganda.
d) Polihidroamnion sering dihubungkan dengan bagian terendah janin yang tidak engage.
e) Multiparitas predispisisi terjadinya malpresentase.
f) Disproporsi janin-panggul.
g) Tumor dipanggul yang menunggu masuknya bagian terendah janin.
h) Tali pusat abnormal panjang (>75 cm).
i) Plasenta letak rendah.
j) Solusio plasenta.
k) Ketuban pecah dini.
l) Amniotomi.

3) Patofisiologi Prolaps Tali Pusat

Tekanan pada tali pusat oleh bagian terendah janin dan jalan lahir akan mengurangi atau menghilangkan sirkulasi plasenta. Bila tidak dikoreksi, komplikasi ini dapat mengakibatkan kematian janin.

Obstruksi yang lengkap dari tali pusat menyebabkan dengan segera berkurangnya detak jantung janin (deselerasi variabel). Bila obstruksinya hilang dengan cepat, detak jantung janin akan kembali normal. Akan tetapi, bila obstruksinya menetap terjadilah deselerasi yang dilanjutkan dengan hipoksia langsung terhadap miokard sehingga mengakibatkan deselerasi yang lama. Bila dibiarkan terjadi kematian janin.

Seandainya obstruksinya sebagian, akan akselerasi detak jantung. Penutupan vena umbilikalis mendahului penutupan arteri yang menghasilkan hipovolemi janin dan mengakibatkan akselerasi jantung janin.

4) Diagnosis

Diagnosis prolaps tali pusat dapat mengakibatkan beberapa cara :

a) Melihat tali pusat keluar dari introitus vagina.
b) Teraba secara kebetulan tali pusat pada waktu pemeriksaan dalam.
c) Auskultasi terdengar jantung janin yang ireguler, sering dengan bridikardi yang jelas, terutama berhubungan dengan kontraksi uterus.
d) Monitoring denyut jantung janin yang berkesinambungan memperlihatkannya adanya deselerasi variabel.
e) Tekanan pada bagian terendah janin oleh manipulasi eksterna terhadap pintu atas panggul menyebabkan menurunnya detak jantung secara tiba-tiba yang menandakan kompresi tali pusat.

Diagnosis dini sangat penting untuk kehidupan janin. Meskipun demikian, keterlambatan diagnosis adalah biasa. Pada setiap gawat janin harus segera dilakukan pemeriksaan dalam.

Penderita mempunyai risiko tinggi terjadinya prolaps tali pusat harus dipantau FHR yang berkesinambungan, yang

memberi peringatan dini adanya kompresi tali pusat lebih dari 80% kasus.

5) Prognosis

Komplikasi ibu seperti laserasi jalan lahir, rupture uteri, atonia uteri akibat anastesia, anemia, dan infeksi dapat terjadi sebagai akibat dari usaha menyelamatkan bayi. Kematian perinatal sekitar 20 – 30 %. Prognosis janin membaik dengan seksio sesaria secara liberal untuk terapi prolaps tali pusat.

Prognosis janin bergantung pada beberapa faktor berikut

a) Angka kematian untuk bayi prematur dengan prolaps tali pusat hampir 4 kali lebih tinggi dari pada bayi aterm.
b) Bila gawat janin dibuktikan oleh derak jantung yang abnormal, adanya cairan amnion yang terwarnai oleh mekonium, atau tali pusat pulsasinya lemah, maka prognosis janin buruk.
c) Jarak antara terjadinya prolaps dan persalinan merupakan faktor yang paling kritis untuk janin hidup.
d) Dikenalnya segera prolaps memperbaiki kemungkinan janin hidup.
e) Angka kematian janin dari prolaps tali pusat yang letaknya sungsang atau lintang sama tingginya dengan presentasi kepala. Hal ini menghapuskan perkiraan bahwa pada ke 2 letak janin yang abnormal tekanan pada tali pusatnya tidak kuat.

6) Pengelolaan

Ditemukannya prolaps tali pusat diperlukan tindakan yang cepat. Terapi defenitif adalah melahirkan janin dengan segera. Penilaian yang cepat sangat penting untuk menentukan sikap yang terbaik yang akan diambil. Persalinan pervaginam segera hanya mungkin bila pembukaan lengkap, bagian terendah janin telah masuk panggul, dan tidak ada CPD.

Bahaya terhadap ibu dan janin akan berkurang bila dilakukan seksio sesarea dari pada persalinan per vaginam yang dipaksakan pada pembukaan yang belum lengkap. Sambil menunggu persiapan seksio sesarea, tekanan tali pusat oleh bagian terendah janin dapat diminimalisasi dengan posisi kneechest, trendelenburg, atau posisi sim.

Bila sebelumnya diberi oksitoksin, obat ini harus dihentikan. Sebaiknya jenis apapun dari prolaps tali pusat, bila syarat-syarat untuk melakukan persalinan per vaginam belum terpenuhi sebaiknya dilakukan seksio sesarea untuk menyelamatkan janin.

j. Preterm dan Postterm

1) Defenisi

Menurut WHO persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi antara kehamilan 20-37 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Kehamilan postterm atau disebut juga serotinus, kehamilan lewat waktu, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/post datisme* atau pascamaturitas merupakan kehamilan dengan umur kehamilan selama 294 hari (42 minggu) atau lebih. Umur kehamilan ini dapat dihitung dari hari pertama haid terakhir menggunakan rumus neagle dengan siklus rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2010).

2) Etiologi

Beberapa faktor penyebab terjadinya persalinan preterm adalah umur ibu (<20 dan >35 tahun), penyakit dan penyulit yang menyertai kehamilan seperti KPD, Perdarahan antepertum dan pre eklamsi, Grandemultipara, riwayat persalinan yang lalu, anemia, infeksi, diabetes gestasional, jarak kehamilan < 1 tahun.

3) Asuhan kebidanan selama persalinan preterm

a) Mengenali gejala dan tanda kala II.

b) Menyiapkan pertolongan persalinan.

c) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.

4) Penanganan

Penanganan persalinan dengan kehamilan postterm Menurut Manuaba (2010), kehamilan postterm dapat membahayakan janin karena sensitif terhadap rangsangan kontraksi yang menimbulkan asfiksia sampai kematian dalam rahim. Dalam melakukan pengawasan hamil dapat diperkirakan bahwa kehamilan lewat waktu dengan:

a) Anamnesa

i. Kehamilan belum lahir setelah melewati waktu 42 minggu.

ii. Gerak janin makin berkurang dan kadang-kadang berhenti sama sekali. Hasil anamnesa penderita perlu diperhatikan sebagai dasar permulaan.

b) Hasil pemeriksaan klinik

i. Berat badan ibu mendatar atau menurun.

ii. Gerak janin menurun (normal janin bergerak dalam 24 jam 10 kali).

c) Hasil pemeriksaan diagnostik Pada pemeriksaan diagnostik menurut Manuaba (2010), terdapat dua pemeriksaan, yaitu :

i. Pemeriksaan USG Hasil USG pada kehamilan postterm dapat dilihat :

- Gerakan janin berkurang.
- Air ketuban berkurang < 500 cc (oligohidramnion).
- Terjadi insufisiensi plasenta.

ii. Amnioskopi

Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% asfiksia.

d) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran.

e) Persiapan pertolongan kelahiran bayi.

f) Pertolongan kelahiran bayi.

g) Penanganan bayi baru lahir.

h) Penatalaksanaan aktif kala tiga.

i) Menilai perdarahan.

j) Melakukan asuhan pasca persalinan.

k. Ketuban Pecah Dini

1) Defenisi

Normalnya, kantung ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala II saat pembukaan lengkap pada proses persali-

nan. Kalau pecah lebih awal sebelum usia kehamilan 37 minggu, sebelum pembukaan mulut rahim 4 cm, atau sebelum ada tanda-tanda persalinan, disebut ketuban pecah dini.

2) Ciri/tanda KPD (keluar air Ketuban Pecah Dini)

Cairan ketuban keluar secara tiba-tiba dari liang vagina dalam jumlah sedikit maupun banyak, tak dapat ditahan atau dihentikan. Cairan ketuban bisa warna putih agak keruh, mirip air kelapa muda karena bercampur dengan lanugo atau rambut halus pada janin dan mengandung verniks caseosa, yaitu lemak pada kulit bayi.

Umumnya, ketuban yang pecah tidak menimbulkan rasa sakit, pegal-pegal, mulas, dan sebagainya. Semakin cepat ditangani, semakin kecil risiko terjadinya komplikasi, seperti infeksi kuman dari luar, persalinan prematur atau kurang bulan, gangguan peredaran darah atau tali pusat yang bisa menyebabkan kondisi gawat janin dan kematian janin akibat tali pusat yang tertekan, Oligohidramnion, yakni cairan ketuban kurang dari jumlah yang dibutuhkan, atau bahkan habis.

3) Penyebab

KPD (keluar air Ketuban Pecah Dini) belum pasti, tapi sebagian besar berkaitan dengan infeksi (sampai 65%). Misalnya, infeksi kuman, terutama infeksi bakteri, yang dapat menyebabkan selaput ketuban menjadi tipis, lemah dan mudah pecah. Selain itu, beberapa faktor risiko Ketuban Pecah Dini adalah kehamilan kembar, ada riwayat persalinan kurang bulan sebelumnya, hubungan seksual yang kebersihannya tidak dijaga, perdarahan lewat jalan lahir, pH (tingkat keasaman) vagina di atas 4,5, selaput ketuban tipis kurang dari 39 mm, kadar CRH *(corticotropin releasing hormone)* maternal tinggi, misalnya pada ibuhamil yang stres, hygiene yang kurang baik, misalnya keputihan dan infeksi vagina, jumlah cairan ketuban sangat banyak (hidroamnion), dan kelainan mulut rahim seperti inkompeten serviks.

4) Penanganan KPD (keluar air Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini terjadi pada 5%-14% dari seluruh kehamilan. Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketubannya masih cukup, maka pertahankan agar janin tetap berada dalam rahim. Beri obat-obatan untuk mematangkan paru-paru janin (steroid) dan antibiotik untuk mencegah infeksi. Pasien harus beristirahat total. Selama penanganan biasanya selaput ketuban yang terbuka akan menutup sendiri, dan cairan ketuban akan terus dibentuk. Waktu pengakhiran kehamilan sangat tergantung pada ada tidaknya infeksi serta kondisi kesehatan janin itu sendiri.

Jika cairan ketuban habis sama sekali, segera lahirkan bayi lewat jalan operasi. Jika janin masih terlalu kecil, kelahiran ini akan berisiko tinggi, antara lain karena paru-parunya belum matang, sehingga bayi belum mampu untuk bernapas secara normal di luar rahim. Ibu hamil yang mengalami Ketuban Pecah Dini sebaiknya mencari rumah sakit dengan perawatan bayi kecil (NICU) yang baik. yang perlu diwaspadai saat keluar air ketuban adalah ada kemungkinan terjadi emboli air ketuban. jika hal ini terjadi, sebaiknya segera ditangani di rumah sakit dengan fasilitas yang memadai.

5) Faktor Risiko KPD (keluar air Ketuban Pecah Dini)

Pencegahan KPD (Ketuban Pecah Dini) diutamakan dengan menghindari faktor risiko, seperti:

a) Pemeriksaan kehamilan yang teratur.

b) Kebiasaan hidup sehat, seperti mengonsumsi makanan yang sehat, minum cukup, olahraga teratur dan berhenti merokok.

c) Membiasakan diri membersihkan daerah kemaluan dengan benar, yakni dari depan ke belakang, terutama setelah berkemih atau buang air besar.

d) Memeriksakan diri ke dokter bila ada sesuatu yang tidak normal di aderah kemaluan, misalnya keputihan yang berbau atau berwarna tidak seperti biasanya.

e) Untuk sementara waktu, berhenti melakukan hubungan seksual bila ada indikasi yang menyebabkan ketuban pecah dini, seperti mulut rahim yang lemah.

l. Inertia Uteri

1) Defenisi

Inersia uteri adalah kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin ke bawah. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering di jumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu meregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandamultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif.

2) Jenis-jenis/kelainan His

a) Inersia uteri primer

Bila sejak awal kekuatannya sudah lemah dan persalinan berlangsung lama dan kelainan tenaga atau his adalah his tidak normal/sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan dan tidak dapat diatasi sehingga menyebabkan persalinan macet (Sarwono, 1993). Dalam persalinan di perlukan his normal yang sifatnya:

i. Kontraksi otot Rahim, mulai dari tanduk Rahim.

ii. Fundal dominan menjalar ke seluruh otot Rahim.

iii. Kekuatan seperti memeras isi Rahim.

iv. Otot Rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan SBR.

b) Inersia uteri sekunder

Timbul setelah berlangsung his kuat untuk waktu yang lama, dan terjadi pada kala 1 fase aktif. His pernah cukup kuat tetapi kemudian melemah. Dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan. Pada bagian terendah terdapat caput dan mungkin ketuban telah pecah, dewasa ini persalinan tidak dibiarkan berlangsung sedemikian lama sehingga dapat menimbulkan kelelahan otot uterus, maka inersia uteri ini jarang ditemukan, kecuali pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan.

c) His hipotonik

His hipotonik disebut juga inersia uteri, yaitu his yang tidak normal, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dulu dari pada bagian lain. Kelainan terletak pada kon-

traksinya yang singkat dan jarang. Selama ketuban utuh dan umumnya tidak berbahaya bagi ibu dan janin. Hisnya bersifat lemah, pendek, dan jarang dari his normal. Inersia uteri di bagi menjadi dua yaitu : Terjadi pada kala 1 fase laten, sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

3) Etiologi

Menurut Rustam Mochtar (1998) sebab-sebab inersia uteri adalah :

a) Kelainan his sering dijumpai pada primipara.
b) Faktor herediter, emosi, dan ketakutan.
c) Salah pimpina persalinan dan obat-obatan penenang.
d) Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah Rahim, ini dijumpai pada kesalahan-kesalahan letak janin da CPD.
e) Kelainan uterus, misalnya uterus bikornis unikolis.
f) Kehamilan postmatur.
g) Penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia.
h) Uterus yang terlalu teregang misalnya hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia.

4) Komplikasi yang mungkin terjadi

Inersia uteri dapat menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibat-akibat terhadap ibu dan janin (infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi).

5) Penanganan

Penanganan inersia uteri yaitu :

a) Keadaan umum penderita harus diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus di perhatikan.
b) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang-tentang kemungkinan yang ada.
c) Pada inersia primer, setelah dipastikan penderita masuk dalam persalinan, evaluasi kemajuan persalinan 12 jam, jika pembukaan kurang dari 3 cm, porsio tebal lebih dari 1 cm, penderita di istirahatkan, berikan sedative sehingga pasien dapat tidur, mungkin masih dalam fase labour. Jika setelah 12 jam berikutnya tetap ada his tanpa ada kemajuan persalinan, ketuban dipecahkan dan his diperbaiki dengan infus pitosin, perlu diingat bahwa persalinan harus diselesaikan dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah agar prognonsi janin tatap baik.
d) Pada inersia uteri sekunder, dalam fase aktif, harus segera dilakukan :
   i. Penilaian cermat apakah ada CPD dengan pelvimentri klinik atau radiologi. Bila CPD maka persalinan segera diakhiri dengan SC.
   ii. Bila tidak ada CPD ketuban dipecahkan dan diberiakan pitosin infus.
   iii. Bila kemajuan persalinan kembali 2 jam setelah his baik. Bila tidak ada kemajuan, persalinan diakhiri dengan SC.
e) Pada akhir kala 1 atau pada kala 2, bila syarat ekstraksi vakum atau cunam dipenuhi, maka persalinan dapat segera diakhiri dengan bantuan alat tersebut hampir 50% kelainan his pada fase aktif disebabkan atau di-

hubungkan dengan adanya CPD, sisanya disebabkan oleh faktor lain seperti kelainan posisi janin, pemberian obat sedative atau relaksan terhadap otot uterus dan sebagainaya.

m. Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual atau PMS, kini dikenal dengan istilah infeksi menular seksual atau IMS, adalah penyakit atau infeksi yang umumnya ditularkan melalui hubungan seks yang tidak aman. Penyebaran bisa melalui darah, sperma, cairan vagina, ataupun cairan tubuh lainnya.

1) Herpes

Patogen *Herpes simplex VIRUS* (HSV) tipe 1 dan tipe 2 dengan manifestasi klinis dan penyakit pada laki-laki dan perempuan terdapat lesi vesikular dan/atau ulseratif didaerah genitalia dan anus. Pada neonatus disebut herpes neonatus. Infeksi herpes genitalis menimbulkan gangguan psikoseksual karena bersifat rekurens dan menimbulkan rasa nyeri, terutama pada pasien muda. Biaya yang dikeluarkan, termasuk biaya langsung baik medis dan non medis, serta biaya tidak langsung akibat waktu yang hilang untuk melakukan aktivitas produktif (waktu untuk pergi berobat, waktu tunggu di sarana pelayanan kesehatan, serta waktu untuk pemeriksaan tenaga kesehatan).

Pengobatan yang dianjurkan :

a) Herpes genitalian episode pertama : Asiklovir 5x200mg/hari, peroral, selama 7 hari ATAU Asiklovir 3x400mg/hari, peroral, selama 7 hari ATAU Valasiklovir 2x500mg/hari, peroral, selama 7 hari.
b) Herpes genetalia rekuren : Asiklovir 5x200mg/hari, peroral, selama 5 hari ATAU Asiklovir 3x400mg/hari, peroral, selama 5 hari ATAU Valasiklovir 2x500mg/hari, peroral, selama 5 hari.

Keluhan dan gejala :

Lesi vesikel, nyeri hebat, tenesmus, duh tubuh anus, gejala viremia misalnya demam limfadenopati.

2) Clamidia

Patogen *Chlamydia trachomatis* dengan manifestasi klinis:

a) Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan.
b) Perempuan: servisitis, endometritis, salpingitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis, umumnya asimtomatik.
c) Laki-laki dan perempuan: proktitis, faringitis, sindrom Reiter Neonatus: konjungtivitis, pneumonia.

Pengobatan bayi dengan konjungtivitis neonatorum

Sirop eritromisin basa, 50 mg/kgBB/hari per oral, 4 kali sehari, selama 14 hari.

3) Gonorhoe

Dalam ketiadaan upaya pencegahan, 30% sampai 50% bayi yang lahir dari ibu dengan gonore tanpa pengobatan dan sampai 30% bayi yang lahir dari ibu dengan klamidiosis tanpa diobati, akan mengalami oftalmia neonatorum yang dapat mengakibatkan kebutaan.

Patogen *Neisseria gonorrhoeae* dengan manifestasi klinis:

a) Laki-laki: Uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan.
b) Perempuan: Servisitis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis.

c) Laki-laki dan perempuan: Proktitis, faringitis, infeksi gonokokus diseminata.

d) Neonatus: Konjungtivitis, kebutaan.

Deteksi infeksi serviks berdasarkan gejala klinis sulit dilakukan, karena sebagian besar wanita dengan gonore atau klamidiosis tidak merasakan keluhan atau gejala (asimtomatis). Gejala duh tubuh vagina abnormal merupakan petunjuk kuat untuk infeksi vagina, namun merupakan petanda lemah untuk infeksi serviks. Jadi semua wanita yang menunjukkan tanda-tanda duh tubuh vagina agar diobati juga untuk trikomoniasis dan vaginosis bakterial.

Pengobatan bayi dengan konjungtivitis neonatorum yaitu Seftriakson 50-100 mg/kgBB, injeksi intramuskular, dosis tunggal ATAU Kanamisin 25 mg/kgBB (maksimal 75 mg), injeksi intramuskular, dosis tunggal.

Pengobatan ibu dengan bayi yang menderita konjungtivitis neonatorum Sefiksim 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal.

Gonore dapat ditularkan melalui hubungan seksual oro-genital, demikian pula dengan infeksi Chlamydia trachomatis. Gonore dan klamidiosis umumnya tidak menimbulkan gejala di daerah rongga mulut dan keluhan pada orofarings tidak khas untuk keduanya, sehingga daerah tersebut sering menjadi sumber IMS yang kurang diperhatikan. Ulkus akibat sifilis di daerah rongga mulut dan anus juga sering luput dari perhatian karena tanpa nyeri.

4) Siphilis (Raja Singa)

Kuman penyebabnya disebut Treponema pallidum. Masa tanpa gejala berlangsung 3-4 minggu, kadang-kadang sampai 13 minggu. Kemudian timbul benjolan di sekitar alat kelamin. Kadang-kadang disertai pusing-pusing dan nyeri tulang seperti flu, yang akan hilang sendiri tanpa diobati. Ada bercak kemerahan pada tubuh sekitar 6- 12 minggu setelah hubungan seks. Gejala ini akan hilang dengan sendirinya dan seringkali penderita tidak memperhatikan hal ini. Selama 2-3 tahun pertama penyakit ini tidak menunjukkan gejala apa-apa, atau disebut masa laten. Setelah 5-10 tahun penyakit sifilis akan menyerang susunan saraf otak, pembuluh darah dan jantung. Pada perempuan hamil sifilis dapat ditularkan kepada bayi yang dikandungnya dan bisa lahir dengan kerusakan kulit, hati, limpa dan keterbelakangan mental.

2. Deteksi Dini Penanganan Awal Dan Rujukan Pada Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir dengan adanya dilatasi penuh serviks dan sempurna. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali, lamanya 60-90 detik. Pada Kala II terkadang terjadi penyulit, seperti :

a. Partus Lama

1) Defenisi

Partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam yang persalinannya telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, disertai dengan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif.

2) Tanda dan gejala

Pada ibu yaitu Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Pada janin yaitu Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala dua dan Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps kemudian Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.

3) Antisipasi masalah

Bidan di daerah pedesaan dengan polindesnya diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf *World Health Organisation* (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi, his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saat keadaan ibu dan janin dapat diketahui dengan pasti. Jika kala II dibiarkan berlangsung lama maka janin akan mengalami peningkatan hipoksia dan gawat janin.

4) Penanganan

Penanganan Umum seperti : Menilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya. Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama

kala II. Dan Memperbaiki keadaan umum.

b. Partus Dengan Eklampsia

1) Defenisi/konsep

Eklampsia adalah serangan kejang, bahkan hingga koma, pada wanita hamil. Eklampsia adalah kondisi yang langka namun serius, dan merupakan komplikasi parah dari preeklampsia, yaitu komplikasi kehamilan saat ibu hamil memiliki tekanan darah yang terlalu tinggi.

2) Penanganan

Penanganan yang dilakukan adalah periksa keadaan umum ibu dan janin, lindungi pasien dari trauma dengan cara mengikat pasien tidak terlalu kuat, pasang infus RL 20 tetes/menit untuk stabilisasi pasien, beri obat anti kejang MgSO4, pasang oksigen 4-6 liter/menit, baringkan pasien pada sisi kiri atau trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi, lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

c. Distosia Bahu

1) Defenisi/konsep

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Kegagalan persalinan bahu setelah kepala lahir, dengan mencoba salah satu metode persalinan bahu. Distosia bahu merupakan kegawat daruratan obstetri karena terbatasnya waktu persalinan, terjadi trauma janin dan komplikasi pada ibunya.

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas sacral promontory karena itu tidak bisa lewat masuk ke dalam panggul, atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (tulang ekor). Lebih mudahnya distosia bahu adalah

peristiwa dimana tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan.

2) Tanda atau diagnosis

Distosia bahu didefinisikan sebagai impaksi (hambatan) lahirnya bahu bayi setelah lahirnya kepala dan berkaitan dengan peningkatan insidensi morbiditas dan mortalitas bayi akibat cedera pleksus brachialis dan asfiksia. Diagnosis ini harus dipikirkan ketika dengan traksi ke bawah yang memadai tidak dapat melahirkan bahu. Tanda distosia bahu lainnya adalah jika setelah kepala melalui serviks kemudian tampak kepala kembali tertarik balik ke dalam *(TURTLE sign)*.

Salah satu kriteria diagnosis distosia bahu adalah bila dalam persalinan pervagina untuk melahirkan bahu harus dilakukan maneuver khusus. Kriteria objektif untuk menentukan adanya distosia bahu yaitu interval waktu antara lahirnya kepala dengan seluruh tubuh. Nilai normal interval waktu antara persalinan kepala dengan persalinan seluruh tubuh adalah 24 detik, pada distosia bahu 79 detik. Kesimpulannya apabila interval waktu tersebut lebih dari 60 detik maka disebut distosia bahu.

3) Faktor risiko

Distosia bahu biasanya terdapat kasus makrosomia. Risiko nya meningkat 11 kali lipat bayi dengan BB 4000 gr dan 22 kali lipat pada bayi 4500 gr. sekitar 50% kasus terjadi pada bayi dengan BB kurang dari 4000 gr. Bayi posterm dan makrosomia berisiko mengalami distosia bahu karena pertumbuhan trunkal dan bahu tidak sesuai dengan pertumbuhan kepala pada masa akhir kehamilan.

Faktor risiko lainnya adalah obesitas maternal, riwayat melahirkan bayi besar, diabetes mellitus, dan diabetes gestational. Distosia bahu harus dicurigai pada pemanjangan kala II atau pemanjangan fase deselerasi pada kala I.

4) Etiologi

Predisposisi distosia bahu

a) Ibu mengalami diabetes mellitus. Kemungkinan terjadi makrosomia pada janin. Makrosomia adalah berat badan janin lebih besar dari 4000 gram.
b) Adanya janin gemuk pada riwayat persalinan terdahulu.
c) Riwayat kesehatan keluarga ibu kandung ada riwayat diabetes mellitus.
d) Ibu mengalami obesitas sehingga ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena ada jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas.
e) Riwayat janin tumbuh terus dan bertambah besar setelah kelahiran.
f) Hasil USG mengindikasikan adanya makrosomia/janin besar. Dengan ditemukannya diameter biakromial pada bahu lebih besar daripada diameter kepala.
g) Adanya kesulitan pada riwayat persalinan yang terdahulu.
h) Terjadi Cephalo Pelvic Dispropotion (CPD) yaitu ketidaksesuaian antara kepala dan panggul.
i) Diameter anteroposterior panggul di bawah ukuran normal.
j) Abnormalitas panggul sebagai akibat dari infeksi tulang panggul (rakhitis) dan kecelakaan.
k) Fase aktif yang lebih panjang dari keadaan normal. Fase aktif yang memanjang menandakan adanya CPD.

l) Penurunan kepala sangat lambat atau sama sekali tidak terjadi penurunan kepala.

5) Komplikasi

a) Komplikasi Maternal

- Perdarahan pasca persalinan.
- Fistula Rectovaginal.
- Simfisiolisis atau diathesis, dengan atau tanpa *"transient femoral NEUROpathy"*.
- Robekan perineum derajat III atau IV.
- Rupture Uteri.

b) Komplikasi Fetal

- Brachial plexus palsy.
- Fraktura Clavicle.
- Kematian janin.
- Hipoksia janin, dengan atau tanpa kerusakan neurololgis permanen.
- Fraktura humerus.

6) Syarat untuk dilakukan persalinan pervaginam

a) Kondisi vital ibu cukup memadai sehingga dapat bekerja sama untuk menyelesaikan persalinan.

b) Masih memiliki kemampuan untuk mengeden.

c) Jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi bayi.

d) Bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup.

e) Bukan monsterum/kelainan kongenital yang mengha

langi keluarnya bayi.

7) Penatalaksanaan distosia bahu

Buatlah episiotomi yang cukup luas untuk mengurangi obstruksi jaringan lunak dan memberi ruangan yang cukup untuk tindakan. Lakukan pertolongan persalinan Distosia Bahu dengan melakukan tindakan pertolongan dengan metode, sebagai berikut :

a) Metode Manuver Mc Robert's :

i. Dengan posisi ibu berbaring, minta ibu untuk menarik kedua lututnya sejauh mungkin ke arah dadanya. Minta Dua asisten untuk membantu ibu mengatur posisinya sedemikian rupa.

ii. Dengan posisi tersebut di atas, diharapkan tulang sympisis ibu akan naik 1 – 2 cm, sehingga tahanan pada bahu anterior dapat terlepas dan bahu bayi akan segera lahir.

b) Metode Manuver Massanty :

i. Ibu tetap pada posisi seperti Mc Robert's, secara bersamaan mintalah salah satu asisten untuk memberikan sedikit tekanan suprapubis ke arah bawah dengan lembut dengan mempergunakan kedua telapak tangan.

ii. Jangan lakukan dorongan pada fundus, karena akan mempengaruhi bahu lebih jauh dan bisa menyebabkan ruptur uteri.

c) Metode Manuver Rubin :

i. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan lakukan penekanan pada bahu anterior ke arah sternum bayi, untuk memutar bahu bayi sebesar 450 untuk mengurangi diameter bahu.

ii. Jika perlu, lakukan penekanan pada bahu posterior ke arah sternum.

d) Metode Manuver Woods :

i. Posisikan ibu dengan posisi *knee chest.*

ii. Bagian depan bahu belakang ditekan, dan dilakukan rotasi 180^0 ke arah anterior (ke arah dada bayi).

e) Metode Manuver Removal Posterior Arm :

i. Masukkan satu tangan ke dalam vagina dan pegang tulang lengan atas yang berada pada posisi posterior.

ii. Fleksikan lengan bayi di bagian siku dan letakkan lengan tersebut melintang di dada bayi.

Jika keseluruhan Metode tidak berhasil dan bahu tetap tidak dapat lahir segera, pilihan lain adalah :

i. Lakukan rujukan.

ii. Patahkan klavikula untuk mengurangi lebar bahu dan bebaskan bahu depan (dilakukan oleh tenaga terlatih).

Lakukan dengan mengaitkan ketiak untuk mengeluarkan lengan belakang (dilakukan oleh tenaga terlatih).

3. Deteksi Dini Penanganan Awal Dan Rujukan Pada Kala III

Kala III adalah persalinan dimulai dari setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, penyulit yang terjadi adalah inversio uteri dan retensio plasenta.

a. Inversio Uteri

1) Defenisi

Inversio Uteri adalah salah satu komplikasi persalinan ketika bagian dari dinding rahim bagian atas (fundus) terbalik ke arah bawah bahkan terkadang sampai keluar menonjol sampai mulut rahim (serviks) dan ke dalam vagina.

2) Faktor risiko

Faktor-faktor risiko yang berhubungan erat yaitu :

a) Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam.

b) Tali pusar pendek.

c) Bayi lahir sebelum waktunya.

d) Penggunaan obat relaksan otot selama persalinan.

e) Rahim abnormal atau lemah.

f) Riwayat inversio uteri sebelumnya.

g) Plasenta akreta, dimana plasenta terlalu dalam tertanam di dinding rahim.

h) Implantasi plasenta pada fundus uteri, di mana plasenta melekat di bagian paling atas dari rahim.

3) Menarik terlalu keras pada tali pusat saat melahirkan plasenta dapat menyebabkan inversio uteri. Oleh sebab itu tali pusat tidak boleh ditarik, cukup ditegangkan saja. Setelah bayi lahir, normalnya plasenta akan terlepas dengan sendiri dari perlekatannya dengan dinding rahim, rata-rata 10-15 menit setelah bayi lahir. Namun dalam beberapa kasus plasenta tak lepas-lepas, bahkan dalam waktu 30 menit setelah melahirkan, maka diperlukan tindakan untuk melepaskan plasenta oleh dokter atau bidan, tindakan ini disebut dengan manual plasenta.

4) Tanda dan gejala

Tanda-tanda dan gejala pada pasien yang meliputi:

a) Keluarnya bagian rahim yang menonjol dari vagina Setelah melakukan pemeriksaan, rahim tidak berada ditempatnya.

b) Pendarahan dari jalan lahir, pasien kehilangan cukup banyak darah sehingga tekanan darah cepat turun. Adapun gejala inversio uteri akibat kehilangan banyak darah antara lain:

i. Penglihatan kunang-kunang.

ii. Pusing kedinginan.

iii. Kelelahan.

iv. Sesak napas.

5) Penanganan

a) Melakukan pemasangan infuse.

b) Memakai sarung tangan obstetri.

c) Anestesi umum seperti halotan (Fluothane) gas, atau obat-obatan seperti magnesium sulfat, nitrogliserin, atau terbutaline.

d) Masukkan tangan ke dalam vagina.

e) Fundus didorong ke atas, tahan 5 menit lalu lepaskan.

f) Penanganan inversio uteri penanganan inversio uteri Setelah uterus kembali ke posisinya, oksitosin (Pitocin) dan metilergonovin (Methergine) diberikan untuk membantu kontraksi rahim dan mencegah terulangnya kembali inversio utero.

g) Jika uterus masih keluar lakukan rujukan.

h) Inversi uterus menggunakan perangkat balon dan tekanan air. Sebuah balon ditempatkan di dalam rongga rahim dan diisi dengan larutan garam untuk mendorong rahim kembali ke posisinya.

i) Pada penanganan operasi. Ibu akan diberikan anestesi dan dilakukan sayatan pada perutnya tepat di atas rahim, rahim kemudian akan direposisi dan sayatan ditutup dengan jahitan. Jika kondisi ini ditangani dengan operasi, maka pada kehamilan berikutnya akan memerlukan operasi sesar untuk melahirkan sang buah hati. Jika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim, maka mungkin akan dilakukan histerektomi atau pengangkatan rahim.

b. Retensio Plasenta Dan Manual Plasenta

1) Defenisi manual plasenta

Manual plasenta adalah tindakan kebidanan untuk penatalaksaan retensio plasenta. Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Tanda-tanda retensio plasenta adalah Perdarahan, Plasenta belum lahir atau lahir tidak lengkap 30 menit setelah janin lahir dan Syok Retensio plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi, plasenta inkarsirata, polip plasenta, dll. Dalam melakukan pengeluaran plasenta secara manual perlu diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi.

2) Etiologi

Plasenta belum lepas sama sekali dari dinding uterus karena:

a) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.

b) Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai miometrium sampai di bawah peritroneum.

3) Penanganan

a) Pasang infuse.

b) Jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.

c) Lakukan anastesi verbal atau analgetik per rectal.

d) Pastikan kandung kemih sudah kosong (jika penuh lakukan kateterisasi).

e) Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5 – 10 cm dari vulva. Tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai, siram tali pusat dengan alkohol.

f) Secara obstetri masukkan tangan lainnya (Punggung tangan mengahadap ke bawah) dengan menelusuri bawah tali pusat.

g) Setelah mencapai serviks minta seorang asisten/penolong lainnya untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan yang luar untuk menahan fundus uteri, masukkan tangan yang dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai implantasi plasenta.

h) Bentangkan tangan obstetri menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat).

i) Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap disebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah/posterior ibu. Bila di korpus depan maka pindahkan tangan kesebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus, dimana punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu).

j) Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus, maka perluas perlepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan kekanan dan kekiri sambil digeserkan ke atas (cranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.

k) Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta yang tertinggal.

l) Pindahkan tangan luar dari fundus ke suprasimfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah).

m) Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.

n) Lakukan masase fundus uteri.

o) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang telah digunakan.

p) Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

q) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.

Pemantauan Pasca Tindakan

a) Periksa kembali tanda vital ibu.

b) Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan.

c) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan.

4. Deteksi Dini Penanganan Awal dan Rujukan Pada Kala IV

a. Atonia Uteri dengan KBI/KBE

1) Defenisi

Atonia uteri yaitu kondisi pada wanita dimana rahim gagal berkontraksi setelah persalinan bayi. Kondisi ini dapat mengakibatkan pendarahan pascapersalinan yang dapat membahayakan nyawa. Jika otot rahim tidak cukup kuat melakukan kontraksi, maka akan terjadi perdarahan. Penanganan umum yang dapat dilakukan KBI dan KBE.

2) Mekanisme kerja KBI/KBE

Pimpinan kala III yang salah, dengan memijat-mijat dan mendorong uterus. Lemahnya kontraksi miometrium merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang memerlukan tenaga yang banyak, umur yang terlalu muda dan terlalu tua, terutama apabila diberikan stimulasi pada ibu. Selain itu pengaruh obat-obatan yang dapat mengakibatkan inhibisi kontraksi seperti : Anestesi yang terhalogenisasi, nitrat, obat-obatan anti inflamasi nonsteroid magnesium sufat dan nipedipin.

3) Penanganan

a) Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik).

b) Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.

c) Pastikan bahwa kandung kemih kosong. Jika penuh dapat dipalpasi, lakukan kateterisasi menggunakan teknik aseptik.

d) Pasang handschoen obstetrik.

e) Lakukan kompresi bimanual internal selama 5 menit, dengan memasukkan tangan secara obstetri lalu kepalkan tangan dan tempatkan pada forniks anterior, lalu tekan dinding anterior uterus, kearah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.

f) Evaluasi keberhasilan tindakan. Jika tindakan berhasil, lanjutkan KBI selama 2 menit, jika masih terjadi perdarahan lanjutkan dengan KBE.

g) Anjurkan keluarga untuk mulai membantu kompresi bimanual eksternal dengan meletakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan diatas simfisis pubis, usahakan untuk mencakup atau memegang bagian kepala uterus seluas mungkin.

h) Keluarkan tangan perlahan-lahan.

i) Berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontra indikasi hipertensi) atau misoprostol 600 – 1000 mcg.

j) Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 G atau 18 G dan berikan 500cc RL tambah 20 IU oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.

k) Ulangi kompresi bimaual interna.

l) Rujuk segera.

m) Dampingi ibu ketempat rujukan, teruskan melakukan KBI.

n) Lanjutkan infus RL + 20 IU oksitosin 1,5 L infus. Kemudian berikan 125 cc/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup berikan 500 cc kedua dengan kecepatan sedang dan diberikan minum untuk rehidrasi.

o) Dokumentasi.

b. Robekan Jalan Lahir

Klasifikasi Derajat Robekan Perineum. Derajat robekan perineum akut pasca persalinan menurut Sultan dibagi menjadi 4 derajat, yaitu :

1) Derajat I : Luasnya robekan hanya sampai mukosavagina, kommisura posterior tanpa mengenai kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.

2) Derajat II : Robekan yang terjadi lebih dalam lagi yaitu mengenai mukosa vagina, kommisura posterior, kulit perineum danotot perineum. Jahit menggunakan tekhnik penjahitan laserasi perineum.

3) Derajat III : Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, kommisura posterior, kulit perineum, otot perineum hingga otot sfingterani.

4) Derajat IV : Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, kommisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani sampai kedinding depan rectum. Bidan tidak berwenang menjahit laserasi perineum derajat tiga dan empat. Segera rujuk kefasilitas rujukan.

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan perineum kadang kala bias terjadi. Ditemukan sesudah persalinan biasa tetapi sering terjadi sebagai akibat dari ekstraksi dengan cunam. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat dari pada pemeriksaan dalam dengan speculum. Jaringan yang terkena robekan biasanya daerah bagian bawah, tetapi dapat juga mengenai vulva bagian atas misalnya daerah klitoris. Penjahitan perlu dilakukan hati-hati dengan jarum ukuran kecil.

1. Kolporeksis

Kolporeksis ialah robekan melintang atau miring pada bagian atas vagina, antara serviks dan vagina. Hal ini terjadi apabila pada persalinan dengan sefalopelvic disproportion terjadi regangan segmen bawah uterus dengan serviks uteri tidak terjepit antara kepala dan janin dan panggul sehingga tarikan keatas langsung ditampung oleh vagina. Kolporeksis juga dapat timbul apabila pada tindakan per vagina yang memasukkan tangan penolong kedalam uterus terjadi kesalahan, yang fundus uteri tidak ditahan oleh tangan luar sehingga supaya uterus tidak naik ke atas. Gejala dan pengobatan kolporeksis tidak berbeda denga rupture uteri.

2. Fistula Vagina

Fistula dapat terjadi mendadak karena perlukaan pada vagina yang menembus kandung kemih atau rectum misalnya oleh perforator atau alat untuk dekapitasi atau karena robekan serviks menjalar ketempat-tempat tersebut. Jika kandung kemih luka, maka air kemih dapat keluar melalui vagina. Fistula dapat juga terjadi karena dinding vagina dan kandung kemih atau rectum tertekan lama antara kepala janin dan panggul sehingga terjadi iskemia akhirnya menyebabkan nekrosis jaringan yang tertekan. Setelah beberapa hari post partum, jaringan nekrosis

terlepas terjadilah fistula disertai inkontinentia. Jika ditemukan perlukaan kandung kemih setelah persalinan selesai harus segera dilakukan penjahitan lalu dipasang kateter. Biasanya hasilnya memuaskan. Fistula akibat nekrosis yang biasanya disertai infeksi tidak dapat dijahit dengan segera. Dengan memasang kateter untuk beberapa lama, fistula kecil akan menutup sendiri. Apabila fistula tidak sembuh sendiri, sesudah tiga bulan postpartum dapat dilakukan operasi untuk menutupnya.

3. Serviks Uteri

Diagnosis perlukaan serviks dilakukan dengan speculum, bibir serviks dapat dijepit dengan cunam atromatic. Kemudian diperiksa secara cermat sifat-sifat robekan tersebut. Bila ditemukan robekan serviks yang memanjan, perlu segera dilakukan rujurkan karena bidan tidak berwenang melakukan penjahitan. Robekan serviks dapat menyebabkan perdarahan banyak khususnya jika jauh ke lateral sebab ditempat terdapat ramus desendens dari arteri uterine. Perlukaan ini dapat terjadi pada persalinan normal tetapi lebih sering terjadi pada persalinan dengan tindakan dan tidak menunggu pembukaan sampai lengkap dulu. Pada partus presipitatus juga sering terjadi karena kontraksi rahim yang cukup kuat dan sering. Didorong keluar dan pembukaan belum lengkap.

C. PENYULIT PADA MASA NIFAS

Masa nifas terkadang dapat terjadi infeksi. Infeksi masa nifas adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta. Pada umumnya disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob.

1. Infeksi Luka Jahitan Perineum

a. Definisi Luka Perineum

Rupture adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. Rupture adalah robek dan perineum merupakan area berbentuk belah ketupat bila di lipat dari bawah, dan bisa dibagi antara regio urogenital di anterior dan region anal di posterior oleh garis yang menghubungkan tuberositasiskia secara horizontal. Dapat di simpulkan bahwa rupture perineum merupakan robekan jalan lahir baik di sengaja ataupun tidak untuk memperluas jalan lahir.

b. Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu di lahirkan kejadian laserasi akan meningkat jika bayi di lahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan perasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5- 6 cm tengah membuka vulva (*crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi terjadinya robekan. Bimbingan ibu untuk meneran dan istirahat atau bernafas dengan cepat pada waktunya. Dan pelaksanaan pijat perineum saat kehamilan atau beberapa minggu sebelum melahirkan.

c. Penyebab Luka Perineum

1) Penyebab maternal

a) Partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak di tolong (sebab paling sering).

b) Pasien tidak mampu berhenti mengejan.

c) Partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan.

d) Arcus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior.

e) Perluasan episiotomy.

2) Faktor-faktor janin

a) Bayi yang besar *(giant baby).*

b) Posisi kepala yang abnormal.

c) Kelahiran bokong.

d) Ekstrasi forceps yang sukar.

e) Distosia bahu.

f) Anomali kongenital seperti hidrosepalus.

d. Bentuk Luka Perineum

Bentuk perineum setelah melahirkan ada 2 macam yaitu:

1) Rupture

Adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan.

2) Episiotomi

Adalah sebuah irisan bedah pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala. Tindakan ini dilakukan jika perineum diperkirakan akan robek teregang oleh kepala janin, harus dilakukan infiltrasi perineum dengan anestasi lokal, kecuali bila pasien sudah diberi anestasi epiderual. Insisi episiotomi dapat dilakukan di garis tengah atau mediola-teral. Insisi garis tengah mempunyai keuntungan karena tidak banyak pembuluh darah besar dijumpai disini dan daerah ini lebih mudah diperbaiki.

e. Derajat Robekan Perineum

1) Derajat I yaitu Robekan hanya terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum.

2) Derajat II yaitu Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum.

3) Derajat III: Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani.

4) Derajat IV: Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dan dinding depan rektum.

f. Perawatan Luka Perineum

Perawatan adalah proses pemenuhan kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) dalam rentang sakit sampai dengan sehat. Perineum adalah daerah antara kedua belah paha yang dibatasi oleh vulva dan anus. Perawatan yang dilakukan pada daerah perineum yang terdapat laserasi luka jalan lahir/episiotomi.

g. Tujuan Perawatan Luka Perineum

1) Mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan.
2) Menjaga kebersihan perineum dan memberikan rasa nyaman pada pasien.
3) Menjaga agar perineum selalu bersih dan kering.
4) Menghindari pemberian obat trandisional.
5) Mencuci luka dan perineum dengan air dan sabun 3 – 4 x sehari.

h. Waktu Perawatan Luka Perineum

1) Pada saat mandi

   Ibu postpartum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu, untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

2) Setelah buang air kecil (BAK)

   Pada saat buang air kecil (BAK) kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni pada rektum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri, untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

3) Setelah buang air besar (BAB)

   Pada saat buang air besar (BAB), diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran di sekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan.

i. Perawatan Perineum dengan Laserasi (10 Hari)

1) Ganti pembalut yang bersih setiap 4-6 jam. Posisikan pembalut dengan baik sehinga tidak bergeser.
2) Lepaskan pembalut dari depan kebelakang sehingga menghindari penyebaran infeks dari anus ke vagina.
3) Aliran atau bilas dengan air hangat/cairan antiseptik pada area perineum setelah defekasi. Keringkan dengan air dari arah vagina ke anal.
4) Jangan dipegang sampai area tersebut pulih.
5) Rasa gatal pada area sekitar jahitan adalah normal dan merupakan tanda penyembuhan. Namun, untuk meredakan rasa tidak nyaman, atasi dengan mandi berendam air hangat atau kompres dingin dengan kain pembalut yang telah diinginkan.
6) Berbaring miring, hindari berdiri atau duduk lama untuk mengurangi tekanan pada daerah tersebut.
7) Lakukan latihan kegel sesering mungkin guna merangsang peredaran darah disekitar perineum. Dengan demikian akan mempercepat penyembuhan dan memperbaiki fungsi otot-otot.

j. Faktor Yang Mempengaruhi Perawatan Luka Perineum

1) Gizi. Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian jaringan sangat membutuhkan protein.
2) Obat-obatan
   a) Steroid: Dapat menyamarkan adanya infeksi dengan menggangu.
   b) Respon inflamasi normal.
   c) Antikoagulan: Dapat menyebabkan hemoragi.

3) Keturunan, Sifat genetik seseorang akan mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka. Salah satu sifat genetic yang mempengaruhi adalah kemampuan dalam sekresi insulin dapat di hambat, sehingga dapat menyebabkan glukosa darah meningkat. Dapat terjadi penipisan protein-kalori.
4) Budaya dan Keyakinan akan mempengaruhi penyembuhan perineum, misalnya kebiasaan pantangan makan telur, ikan dan daging, ayam yang akan mempengaruhi asupan gizi ibu yang akan sangat mempengaruhi penyembuhan luka.
5) Pengetahuan ibu tentang perawatan pasca persalinan sangat menentukan lama penyembuhan luka perineum. Apabila pengetahuan ibu kurang telebih masalah kebersihan maka penyembuhan lukapun akan berlangsung lama.
6) Sosial ekonomi, Pengaruh dari kondisi sosial ekonomi ibu dengan lama penyembuhan perineum adalah keadaan fisik dan mental ibu dalam melakukan aktifitas sehari-hari pasca persalinan. Jika ibu memiliki tingkat sosial ekonomi yang rendah, bisa jadi penyembuhan luka perineum berlangsung lama karena timbulnya rasa malas dalam merawat diri.
7) *Personal higiene* (kebersihan diri), Dapat memperlambat penyembuhan, hal ini dapat menyebabkan adanya benda asing seperti debu dan kuman.

2. Puting Susu Lecet

a. Defenisi

Ibu akan merasa nyeri pada waktu awal menyusui, setelah ASI keluar sakit ini akan berkurang. Perasaan nyeri akan segera hilang bila posisi mulut bayi dan Puting susu ibu benar. Puting susu terasa nyeri bila tidak ditangani dengan benar dan akan menjadi lecet.

b. Penyebab

Puting susu lecet dapat disebabkan oleh posisi menyusui yang salah, tapi dapat pula disebabkan oleh thrush *(candidates)* atau dermatitis. Puting susu lecet dapat disebabkan oleh trauma saat menyusui. Selain itu, dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Beberapa penyebab puting susu lecet adalah :

1) Teknik menyusui yang tidak benar.
2) Puting susu terpapar oleh sabun, krim, alkohol, ataupun zat iritan lain saat ibu membersihkan puting susu.
3) Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu.
4) Bayi dengan tali lidah pendek *(frENULUM LINGUE)*.
5) Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.

c. Tindakan

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi puting susu lecet adalah:

1) Cari penyebab puting lecet.
2) Selama puting susu diistirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan.
3) Olesi puting dengan ASI akhir.
4) Menyusui lebih sering.
5) Puting susu yang sakit dapat diistirahatkan untuk sementara waktu 1x24 jam.

6) Cuci payudara sekali sehari tidak dibenarkan untuk menggunakan sabun.
7) Posisi menyusui harus benar.
8) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering.
9) Pergunakan bra yang menyangga.
10) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

3. Bendungan Asi

a. Defenisi

Bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri diserati kenaikan suhu badan. Bendungan ASI adalah kejadian dimana pengeluaran air susu terhalang duktus laktoferi yang menyempit karena pembesaran vena dan pembuluh limfe.

b. Patofisiologi

Selama 24 jam hingga 48 jam pertama sesudah terlihatnya sekresi *lacteal*, payudara sering mengalami *distensi* menjadi keras dan berbenjol. Sekresi *lacteal* terjadi pada 2-3 hari pertama setelah melahirkan. Jadi bendungan ASI terjadi 3-5 hari pertama setelah melahirkan. Keadaan ini yang disebut dengan bendungan air susu *"caked breast"*, sering menimbulkan rasa nyeri pada payudara dan kadang menimbulkan kenaikan suhu badan. Keadaan tersebut menggambarkan adanya aliran darah vena normal yang berlebihan dan mengembangkan *limfatik* pada payudara yang merupakan prekusor regular untuk terjadinya laktasi.

c. Etiologi

Bendungan air susu ibu disebabkan oleh:

1) Pengosongan *mammae* yang tidak sempurna

Selama masa laktasi, terjadi peningkatan produksi ASI yang berlebihan. Apabila bayi sudah kenyang dan selesai menyusu dan payudara tidak dikosongkan, maka masih terdapat sisa ASI di dalam payudara. Sisa ASI tersebut jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.

2) Hisapan bayi tidak aktif

Pada masa laktasi, jika bayi tidak aktif menghisap, maka akan menimbulkan bendungan ASI.

3) Posisi menyusui yang tidak benar

Teknik yang salah dalam menyusui dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan menimbulkan rasa nyeri pada saat bayi menyusu. Akibatnya ibu tidak mau menyusui bayinya dan terjadi bendungan ASI.

4) Puting susu yang terbenam

Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusu, karena bayi tidak dapat menghisap puting dan areola. Akibatnya bayi tidak mau menyusu dan terjadi bendungan ASI.

5) Puting susu terlalu panjang

Puting susu yang panjang menimbulkan kesulitan pada saat bayi menyusu karena bayi tidak dapat menghisap areola dan merangsang *SINUS LAKTIFERUS* untuk mengeluarkan ASI. Akibatnya ASI tertahan dan menimbulkan bendungan ASI.

d. Tanda dan gejala

Ibu yang mengalami bendungan ASI ditandainya dengan payudara bengkak panas serta keras pada perabaan, puting susu bisa mendatar sehingga bayi sulit menyusu, pengeluaran susu kadang terhalang oleh *DUCTULI laktiferi* menyempit, payudara terasa nyeri bila ditekan, payudara berwarna kemerahan, dan suhu tubuh sampai 38^0 C.

e. Cara perawatan

Perawatan payudara dapat mencegah terjadinya bendungan ASI yaitu sebagai berikut :

1) *Massase* Payudara untuk Pemeliharaan Payudara.
2) Pijat Oksitosin.

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN DAN PELAPORAN PELAYANAN KEBIDANAN

3

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu melakukan pendokumentasian asuhan dan pelaporan pelayanan kebidanan sesuai kode etik profesi.

A. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

1. Konsep Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapakan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) Muslihatun, Mudlilah, Setyawati, 2009).

2. Tujuan dan Fungsi

Adapun tujuan dokumentasi kebidanan menurut Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah :

a. Ke bawah untuk melakukan instruksi.
b. Ke atas untuk memberi laporan.
c. Ke samping (lateral) untuk memberi saran.

Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini :

a. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
b. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapanya.

3. Prinsip-Prinsip Dokumentasi

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca.

4. Aspek Legal Dalam Dokumentasi

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum.

Menurut hukum jika sesuatu tidak didokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnyan dilakukan. Jika bidan tidak melaksanakan atau menyelesaikan suatau aktivitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa dituntut melakukan malpraktik. Dokumentasi kebidanan harus dapat dipercaya secara legal, yaitu harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien. Menurut Widan dan Hidayat (2011), beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut:

a. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal meliputi:
   1) Catatan kebidanan pasien/klien diakui secara legal/hukum.
   2) Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
   3) Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
   4) Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.

b. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal. Berikut ini tiga petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal yaitu :

1) Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bida
   a) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan.
   b) Bidan tidak melaksanakan tugas yang diemban.
   c) Bidan menyebabkan perlukaan atau kecacatan pada klien.
2) Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis, *follow UP*, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidandokter.
3) Menunjukan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.

c. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan Agar dokumentasi dipercaya secara legal, yaitu :

1) Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.
2) Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainya.
3) Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan. Pastikan informasi akurat.
4) Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.
5) Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat Jika dibiarkan kosong, orang lain dapat menambah in

formasi lain. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.

6) Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).

Pada saat memberikan layanan, sanksi diberikan apabila seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan bidan dapat dikenakan sanksi, yaitu (Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati, 2009):

a. Melalaikan tugas bidan. Bidan adalah sebuah profesi yang mempunyai peran dan fungsi sebagai pendidik serta pelaksana dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Tuntutan dapat dijatuhkan apabila peran tersebut tidak dijalankan dengan sepenuhnya atau lalai dan ceroboh dalam melaksanakan tugas.

b. Tidak memenuhi standar praktik kebidanan. Standar praktik kebidanan telah ditentukan oleh organisasi bidan. Mereka menata aturan atau batasan bagi praktik bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, baik praktik individu maupun berkelompok.

c. Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera. Seorang bidan dikatakan ceroboh apabila dalam menjalankan tindakannya dapat menyebabkan kerusakan pada sistem tubuh seperti adanya luka atau kerusakan lainnya.

d. Kerugian yang aktual (hasil lalai). Bidan dalam menjalankan perannya selalu berusaha memberikan kenyamanan dan rasa aman pada pasien. Namun, sangat mungkin tindakannya tersebut dapat mengakibatkan kerugian secara nyata

pada pasien. Dengan demikian, tindakan tersebut menunjukkan kecerobohan yang memungkinkan tuduhan dan dijatuhkan dalam tuntutan.

5. Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Manfaat dokumentasi meliputi delapan aspek tersebut adalah Aspek Hukum, Aspek Komunikasi, Aspek Penelitian, Aspek Keuangan/Ekonomi, Aspek Pendidikan, Aspek Statistik Aspek Jaminan Mutu Aspek Manajemen.

6. Teknik Dokumentasi

Dalam melakukan pendokumentasian, diperlukan teknik pendokumentasian yang tepat agar hasil pendokumentasian bisa sesuai dengan yang diharapkan. Teknik dokumentasi yang terdiri dari dua topik, yaitu tentang Teknik dokumentasi naratif dan Teknik dokumentasi *flow sheet/check list*.

7. Model Dokumentasi

Setiap bidan wajib melakukan pendokumentasian data yang bermakna yang berkaitan dengan kebidanan yang telah dilakukannya dalam proses asuhan kebidanan. Hanya kadang bidan masih kurang jelas memahami tentang model dokumentasi karena memang ada beberapa model. Salah satu dari model dokumentasi adalah model dokumentasi kardek dan Model Dokumentasi Sistem Komputerisasi (*COMPUTER Based Patient Record*/CPR.

Aplikasi model dokumentasi sistem komputerisasi.

8. Metode Dokumentasi

Dalam melakukan dokumentasi pasti menggunakan berbagai metode. Setiap dokumentasi yang dilakukan akan menggunakan lebih dari satu metode. Seperti contoh yaitu memberikan pengurangan nyeri kepada klien, prinsipnya mengurangi nyeri

persalinan, tapi metode yang diberikan berbeda-beda. Begitu juga dengan metode pendokumentasiannya. Pendokumentasian memiliki metode yang berbeda-beda seperti SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP, semua turunan atau dasar pendokumentasian dari 7 langkah Varney.

B. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN 7 LANGKAH VARNEY

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970, proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, perkiraan, tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Dalam text book kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan dalam lima langkah. Namun setelah menggunakan Varney tahun 1997 melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan sehingga ditambah dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah tersebut.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik, proses dimulai dari pengumpulan data dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh kerangka tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Adapun langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah 1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu : 1. Riwayat kesehatan 2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya 3. Meninjau catatan terbaru atau catatan

sebelumnya 4. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Langkah 2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterprestasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik, diagnosis kebidanan yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan yang memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur tersebut adalah :

1. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh *clinical JUDGEMENT* dalam praktik kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidan

Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

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

Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan

Yang memerlukan penanganan segera Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau

ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh yang telah ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa saja yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan konseling, merujuk klien bila ada masalah sosial ekonomi kultural atau masalah psikologi, setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak (bidan dan klien) agar dapat dilaksanakan dengan efektif.

Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dari langkah kelima harus dilaksanakan secara efesien dan aman, pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya Universitas Sumatera Utara 13 oleh bidan atau sebahagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi dilakukan oleh pasien.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis, rencana tersebut dapat dianggap efektif bila benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Hubungan manajemen Varney dan dokumentasi SOAP Manajemen kebidanan merupakan metode/bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen merupakan alur pikir bidan dalam

pemecahan masalah atau Mengumpulkan data Interpretasi data : Diagnosis kebidanan, masalah, kebutuhan Mengevaluasi keefektifan asuhan Melaksanakan asuhan Mengidentifikasi diagnosis/ masalah potensial Mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh pengambilan keputusan klinis.

Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian. Menurut Helen Varney, alur pikir bidan saat menghadapi klien meliputi tujuh langkah agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

C. BUKU KIA

Buku KIA ibu dan Anak (Buku KIA) berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir sampai anak usia 6 tahun) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Setiap ibu hamil mendapat 1 (satu) Buku KIA. Jika ibu melahirkan bayi kembar, maka ibu memerlukan tambahan buku KIA lagi. Buku KIA tersedia di Posyandu, Polindes/ Poskesdes, Puskesmas Pembantu, Puskesmas, Bidan Praktik, Dokter Praktik, Rumah Bersalin dan Rumah Sakit.

1. Kesehatan Ibu

   a. Ibu Hamil

      Pemeriksaan kehamilan harus dilakukan segera ke dokter atau ke bidan, paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: 1 kali pada usia kehamilan 3 bulan, 1 kali usia kehamilan 4-6 bulan dan 2 kali pada usia kehamilan 7-9 bulan. Pelayanan pemeriksaan kehamilan meliputi:

1) Pengukuran tinggi badan dan berat badan

   Pengukuran tinggi badan cukup 1 kali, bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Penimbangan berat badan setiap kali periksa, sejak bulan ke-4 pertambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan.

2) Pengukuran tekanan darah

   Tekanan darah normal ibu hamil adalah 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg maka ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

   Bila LiLA < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi rahim

   Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

5) Penentuan presentasi janin dan perhitungan denyut jantung janin (DJJ). Apabila pada Trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda Gawat Janin dan Segera Rujuk.

6) Penentuan status imunisasi TT

   Untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi maka perlu dilakukan suntikan tetanus. Tabel 10 rentang waktu pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya :

Tabel 15. Jadwal Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	> 25 tahun

7) Pemberian tablet tambah darah

Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil dimulai sejak awal kehamilan sebanyak 90 hari diminum 1 tablet sehari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8) Tes laboratorium

Selama kehamilan ibu dapat memeriksa kesehatan di Laboratorium seperti:

a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

b) Tes haemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (anemia).

c) Tes urine (air kencing).

d) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, Sifilis dan lain-lain.

9) Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan dapat memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusu dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan diberikan secara bertahap, pada saat kunjungan ibu hamil.

10) Tata laksana atau mendapat pengobatan jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

11) Perawatan sehari-hari

a) Makan beragam makanan secara proporsional dengan pola gizi seimbang dan lebih banyak daripada sebelum hamil.

b) Menjaga kebersihan diri dengan cara:

- Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, setelah buang air besar dan buang air kecil.
- Menyikat gigi secara benar dan teratur minimal setelah sarapan dan sebelum tidur.
- Mandi 2 kali sehari.
- Bersihkan payudara dan daerah kemaluan.
- Ganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari.
- Periksakan gigi ke fasilitas kesehatan pada saat periksa kehamilan.

c) Istirahat yang cukup dengan cara :

- Tidur malam paling sedikit 6-7 jam dan usahakan pada siang hari tidur/berbaring 1-2 jam.
- Posisi tidur miring ke kiri dengan menggunakan bantalan, ibu hamil dapat mengurangi tekanan pada pembuluh darah balik besar (vena cava inferior) di bagian depan tulang belakang yang mengembalikan darah dari tubuh bagian bawah ke jantung. Posisi ini juga akan memastikan sirkulasi darah yang sehat untuk

janin (Endjun, 2002). Posisi miring kiri bukan hanya memaksimalkan aliran darah dan gizi ke plasenta tetapi juga meningkatkan fungsi ginjal, yang berarti pembuangan yang lebih baik dari produk cairan sisa sehingga pembengkakan (edema) di tangan, kaki, dan pergelangan kaki bisa berkurang (Heidi, 2006).

- Pada daerah endemis malaria gunakan kelambu berinsektisida.
- Lakukan rangsangan atau stimulasi pada janin bersama suami dengan sering mengelus-elus perut ibu dan ajak janin bicara sejak usia kandungan 4 bulan.
- Cuci rambut minimal 2-3 kali dalam seminggu.

d) Boleh melakukan hubungan seksual selama hamil. Bagi yang mempunyai riwayat abortus konsultasi pada dokter cara dan waktu yang tepat.

e) Aktivitas fisik dengan cara :

- Ibu hamil dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan memperhatikan kondisi ibu dan keamanan janin.
- Suami membantu istri yang sedang hamil untuk melakukan pekerjaan sehari-hari.
- Ikuti senam ibu hamil sesuai dengan anjuran petugas kesehatan.

12) Yang harus dihindari selama kehamilan :

a) Kerja berat seperti mengangkat air di dalam jeregen.

b) Merokok atau terpapar asap rokok.

c) Minum-minuman bersoda, beralkohol dan jamu.

d) Tidur terlentang > 10 menit pada saat hamil tua.

e) Ibu hamil minum obat tanpa resep dokter.

f) Stress yang berlebihan.

13) Persiapan persalinan yaitu :

a) Tanyakan kepada petugas kesehatan kapan perkiraan persalinan.

b) Suami atau keluarga mendampingi ibu saat periksa kehamilan.

c) Persiapan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya.

d) Rencanakan penolong persalinan oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan.

e) Siapkan KTP, Kartu Keluarga, Kartu Jaminan Kesehatan Nasional dan keperluan lainnya untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

f) Untuk memperoleh kartu BPJS daftarkan diri anda ke kantor BPJS sebelum persalinan dan tanyakan fasilitas rujukan yang sesuai dengan tempat tinggal.

g) Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedai menjadi pendonor jika diperlukan.

h) Siapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.

i) Pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan didepan rumah ibu hamil.

j) Rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan tentang cara ber-KB.

14) Tanda bahaya saat kehamilan :
    a) Muntah secara terus menerus dan tidak mau makan.
    b) Demam tinggi.
    c) Bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang.
    d) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
    e) Perdarahan pada hamil muda.
    f) Air ketuban keluar sebelum waktunya.
15) Masalah lain dalam kehamilan ;
    a) Jika ibu berada di daerah endemis malaria dan didapati gejala Demam, menggigil dan berkeringat maka menunjukkan adanya gejala dari malaria.
    b) Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan serat gatal-gatal di daerah kemaluan.
    c) Batuk lama (lebih dari 2 minggu).
    d) Jantung berdebar-debar atau nyeri dada.
    e) Diare berulang.
    f) Sulit tidur dan cemas berlebihan.

b. Ibu Bersalin

Semua ibu hamil harus mengetahui tanda-tanda awal persalinan dan tanda bahaya persalinan persalinan. Adapun tanda-tanda persalinan yaitu seperti : Perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir. Tanda bahaya persalinan yaitu : Perdarahan lewat jalan lahir, ibu mengalami kejang, air ketuban keruh dan berbau, tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir, ibu tidak kuat mengejan dan ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

c. Ibu Nifas

Pelayanan selama masa nifas dilaksanakan minimal 3 kali kunjungan yaitu : Kunjungan 1 pada 6 jam-3 hari setelah persalinan, kunjungan 2 pada hari ke 4-28 hari setelah persalinan dan kunjungan 3 pada 29-42 hari setelah persalinan. Pelayanan ibu nifas meliputi :

1) Menayakan kondisi ibu nifas secara umum.
2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan dan nadi.
3) Pemeriksaan lokhia dan perdarahan.
4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi.
5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri.
6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif.
7) Pemberian kapsul Vit. A.
8) Pelayanan kontrasepsi Pasca persalinan.
9) Konseling.
10) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.
11) Memberikan nasehat tentang nutrisi, pola istirahat, cara menyusui dan KB.

Hal-hal yang harus dihindari ibu nifas seperti ;

1) Membuang ASI yang pertama keluar (kolostrum) karena sangat berguna untuk kekebalan tubuh anak.
2) Membersihkan payudara dengan alkohol atau sejenisnya karena bisa terminum oleh bayi.

3) Mengikat perut terlalu kencang.
4) Menempelkan daun-daunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi.

Cara menyusui bayi yang benar :

1) Susui bayi sesering mungkin, semau bayi, paling sedikit 8 kali sehari.
2) Bila bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan bayi lalu susui.
3) Susui bay sampai payudara terasa kosong lalu pindah ke payudara yang lain.
4) Bila bayi sudah kenyang, tapi payudara masih terasa penuh maka perlu dikosongkan dengan diperah lalu disimpan di-dalam kulkas. Hal ini dilakukan agar payudara tetap mem-produksi ASI yang cukup.

Cara memerah ASI secara manual yaitu :

1) Pastikan ibu sudah mencuci tangan sebelum menyentuh pa-yudara, siapkan gelas atau com bersih tempat ASI.
2) Sangga payudara dengan tangan yang dominan lalu urut payudara dengan menggunakan 2 jari (jari telunjuk dan jari tengah) dari atas ke arah aerola sebanyak 10 kali.
3) Tekan aerola dengan teknik, lebarkan, tekan dan pencet.
4) Tampung ASI ke dalam wadah yang sudah disiapkan.
5) Sebelum diberikan kepada bayi, rendam wadah kedalam air hangat.
6) Gunakan gelas kaca/keramik dan mangkok kaca/keramik jangan menggunakan bahan dari plastik ataupun melamin.

Cara penyimpanan ASI yaitu :

Tabel 16. Cara Penyimpanan ASI

Tempat Penyimpanan	Suhu	Lama Penyimpanan
Dalam ruangan (ASIP segar)	19^{0}C sd 26^{0}C	6-8 jam ruang ber AC dan 4 jam ruang non AC
Dalam ruangan (ASIP beku 4 jam sudah dicairkan)		4 jam
Kulkas	< 4^{0}C	2-3 hari
Freezer pada lemari es 1 pintu	-18 sd 0^{0}C	2 minggu
Freezer pada lemari es 2 pintu	-20 sd -18^{0}C	3-4 bulan

Tanda bahaya pada masa nifas yaitu :

1) Perdarahan lewat jalan lahir.
2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir.
3) Bengkak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang.
4) Demam lebih dari 2 hari.
5) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit.
6) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi).

d. Keluarga Berencana

Kontrasepsi Berencana pasca persalinan adalah pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan sampai 6 minggu/42 hari sesudah melahirkan. Prinsip peng-gunaan kontrasepsi tidak mempengaruhi produksi ASI.

e. Keterangan Lahir

Surat keterangan lahir harus segera diurus oleh orang tua segera setelah bayi lahir agar ketika pengurusan akte kelahiran dapat dilakukan dengan mudah. Adapun surat keterangan lahir

diperoleh dari pimpinan klinik atau rumah sakit dimana klien bersalin.

2. Kesehatan Anak

a. Bayi Baru Lahir/Neonatus (0-28 hari)

1) Tanda Bayi Baru Lahir Sehat

a) Bayi lahir langsung menangis.
b) Tubuh bayi kemerahan.
c) Bayi bergerak aktif.
d) Berat lahir 2500 sampai 4000 gram.
e) Bayi menyusu dari payudara ibu dengan kuat.

2) Pelayanan Essensial Pada Bayi Baru Lahir Sehat Oleh Tenaga Kesehatan

a) Jaga bayi tetap hangat.
b) Bersihkan jalan nafas (bila perlu).
c) Keringkan dan jaga bayi tetap hangat.
d) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah bayi lahir.
e) Segera lakukan Inisiasi Menyusu Dini.
f) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
g) Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah IMD.
h) Beri imunisasi Hepatitis B0 sebanyak 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberi kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.
i) Pemberian identitas.

j) Anamnesis dan pemeriksaan fisik.

k) Pemulangan bayi lahir normal, konseling dan kunjungan ulang.

3) Perawatan Bayi Baru Lahir

a) Pemberian ASI

- Segera lakukan Inisiasi Menyusu Dini.
- ASI yang pertama keluar berwarna kekuningan (kolostrum) mengandung zat kekebalan tubuh, langsung berikan kepada bayi, jangan dibuang.
- Berikan hanya ASI saja sampai berusia 6 bulan (ASI Eksklusif).
- Manfaat ASI yaitu, sehat, praktis dan tidak butuh biaya. Meningkatkan kekebalan tubuh alamiah pada bayi. Mencegah perdarahan pada ibu nifas. Menjalin kasih sayang ibu dan bayi serta mencegah kanker payudara.

b) Cara menjaga bayi tetap hangat

- Mandikan bayi setelah 6 jam. Mandikan bayi dengan air hangat.
- Bayi harus tetap berpakaian dan diselimuti setiap saat, pakaian harus kering dan lembut.
- Ganti popok dan baju jika basah.
- Jangan tidurkan bayi ditempat dingin atau banyak angin.
- Jaga bayi tetap hangat dengan menggunakan topi, kaos kaki, kaos tangan dan pakaian yang hangat pada saat tidak dalam dekapan.
- Jika bayi lahir kurang dari 2500 gram, lakukan perawatan dengan metode Kanguru (dekap bayi di dada

ibu/ayah/anggota keluarga lain) kulit bayi menempel di kulit ibu/ayah/keluarga.

- Petugas menjelaskan cara perawatan bayi dengan metode kanguru.

c) Perawatan tali pusat

- Selalu cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi.
- Jangan memberikan apapun pada tali pusat.
- Rawat tali pusat dengan terbuka dan kering.
- Bila tali pusat kotor atau basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi kemudian keringkan dengan kain bersih.

4) Pelayanan kesehatan pada Bayi Baru Lahir (Kunjungan Neonatal)

a) Jadwal kunjungan pada bayi baru lahir :

- Pertama pada : 6 – 48 jam setelah lahir
- Kedua pada : 3-7 hari setelah lahir
- Ketiga pada : 8-28 hari setelah lahir

b) Ibu/keluarga memastikan bahwa bayi sudah mendapatkan pelayanan kesehatan dan tercatat hasilnya sebagai berikut :

- Berat badan.
- Panjang badan.
- Suhu (^{0}C).
- Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
- Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri.
- Frekuensi nafas/menit.

- Frekuensi denyut jantung (kali/menit).
- Memeriksa adanya diare.
- Memeriksa ikterus/bayi kuning.
- Memeriksa kemungkinan berat badan rendah.
- Memeriksa status pemberian vitamin K1.
- Memeriksa status imunisasi HB-0.
- Memeriksa masalah/keluhan ibu.

5) Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya pada bayi maka segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

a) Tidak mau menyusu.
b) Kejang-kejang.
c) Lemah.
d) Sesak nafas (> 60 kali/menit) dengan adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
e) Bayi merintih atau menangis terus menerus.
f) Tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah.
g) Demam/panas tinggi.
h) Mata bayi bernanah.
i) Diare cair lebih dari 3 kali sehari.
j) Kulit dana mata bayi kuning.
k) Tinja bayi berwarna pucat.

b. Anak Usia 29 hari-6 tahun

1) Tanda Anak Sehat

a) Berat badan naik sesuai garis pertumbuhan mengikuti pita hijau di KMS atau naik ke pita warna di atasnya.

b) Anak bertambah tinggi.

c) Kemampuan bertambah sesuai umur.

d) Jarang sakit.

2) Pemantauan Tumbuh Kembang

a) Penimbangan Berat Badan setiap bulan di Posyandu dan fasilitas kesehatan lainnya seperti pos PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) DAN dicatat di KMS yang ada di buku KIA.

b) Bawa anak ke tenaga kesehatan atau ke Pos Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif (Pos PAUD HI) untuk mendapatkan pelayanan SDIDTK (Stimulasi Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang) atau dengan KPSP (Kuesioner Pra Skreening Perkembangan) pada :

- Umur 3 bulan- 2 tahun setiap 3 bulan.
- Umur 2-6 tahun setiap 6 bulan.

Dengan pelayanan SDIDTK tenaga kesehatan akan menentukan status gizi anak, stunting (tinggi badan anak lebih pendek dibanding umurnya) atau tidak, perkembangannya sesuai umur atau tidak dan adakah ditemukan gangguan perilaku atau gangguan emosional.

c) Ajak anak bermain dan bercicara.

d) Stimulasi perkembangan anak sesuai umurnya.

e) Tumbuh kembang anak tidak sesuai apabila:

- Berat badan tidak naik/berat badan turun/berat badan berlebihan.
- Tinggi anak tidak sesuai dengan umurnya.
- Perkembangan anak tidak sesuai dengan umurnya.

f) Pemantauan Tumbuh Kembang dengan KPSP.

i. Defensi

KPSP adalah kegiatan atau pemeriksaan untuk menentukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. Jadwal skrining/ pemeriksaan KPSP rutin adalah pada umur 3,6,9,12,15,18,21,24,30,36,42,48,54,60,66 dan 72 bulan. Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining terdekat untuk pemeriksaan rutin. Contoh : bayi umur 7 bulan maka yang digunakan adalah KPSP 6 bulan. Apabila anak ini kemudian sudah berumur 9 bulan, yang diberikan adalah KPSP 9 bulan. Skrining/pemeriksaan dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK, dan petugas PADU terlatih

ii. Tujuan

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan alat menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui anak normal atau ada penyimpangan.

iii. Cara penggunaan KPSP

- Menyiapkan alat
- Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal, bulan dan tahun anak lahir. Apabila umur anak lebih 16 hari maka dibulatkan menjadi 1 bulan. Contoh: Bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 4 bulan. Apabila umur bayi 3 bulan 15 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan.
- Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak.
- KPSP terdiri dari 2 macam pertanyaan, yaitu pertama, pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh

anak. Contoh : "dapatkah bayi makan kue sendiri?'' kedua, perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas untuk melaksanakan tugas yang tertulis di KPSP. Contoh: "pada posisi bayi anda telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk."

- Jelaskan kepada orang tua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab. Karena itu, pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya.
- Tanyakan pertanyaan tersebut secara berurutan, satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, "Ya" atau " Tidak". Catat jawaban tersebut pada formulir.
- Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu.
- Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab
- Interpretasi hasil KPSP.
  a) Hitunglah berapa jumlah jawaban YA
     - Jawaban YA, apabila ibu/pengasuh anak menjawab : anak bisa atau pernah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.
     - Jumlahjawaban YA= 9 atau 10, Perkembangan anak SESUAI dengan tahap perkembangannya (S).
     - Jumlah jawaban YA=7 atau 8, Perkembangan anak MERAGUKAN (M).
     - Jumlah jawaban YA= 6 atau Kurang, Kemungkinan ada PENYIMPANGAN (P)

  b) Untuk jawaban TIDAK

     Perlu diperinci jumlah jawaban TIDAK menurut jenis keterlambatannya (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

- Intervensi
  a) Apabila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut :
     - Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik
     - Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak
     - Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak.
     - Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB). Jika anak sudah memasuki usia prasekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Kelompok Bermain dan Taman Kanak-kanak.
     - Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap 3 bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 bulan.
  b) Apabila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:

- Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin.
- Ajarka ibu cara melakukan intervensi stimulasi kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya.
- Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.
- Jika hasil KPSP ulang jawaban "YA" tetap 7 atau 8, kemungkinan ada penyimpangan (P). Apabila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan rujukan ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

3) Pola Asuh Anak

a) Lakukan pola asuh sesuai kondisi anak dengan penuh kasih sayang.

b) Berikan contoh yang baik dan terapkan nilai agama dalam kehidupan sehari-hari.

c) Ajarkan perbedaan baik dan buruk, perilaku sopan santun, saling menghargai dan menyayangi.

d) Luangkan waktu bersama anak, misalnya bermain, bercerita dan lainnya.

e) Perhatikan dan dengarkan pendapat anak, dan bantu anak mengatasi masalahnya.

f) Melatih dan mengenal kelebihan dan kekurangan anak dan tidak membandingkan dengan yang lain.

g) Ajarkan anak disiplin, mandiri dan percaya diri sesuia kemampuan anak.

h) Berikan pujian atau penghargaan jika berhasil melakukan hal yang baik.

i) Menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS).

j) Lindungi anak dari pengaruh negatif media.

4) Pola Asuh Dengan Disabilitas (kondisi keterbatasan fisik atau mental/intelektual yang menghambat kemampuan seseorang untuk berpartisipasi di masyarakat).

5) Jenis disabilitas pada anak :

a) Anak dengan disabilitas penglihatan (Tunanetra).

b) Anak dengan disabilitas pendengaran/wicara (Tunarungu/ Tunawicara).

c) Anak dengan disabilitas intelektual (Tunagrahita).

d) Anak dengan disabilitas fisik (Tunadaksa).

e) Anak dengan disabilitas sosial.

f) Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH).

g) Anak dengan gangguan autis.

h) Anak dengan gangguan ganda.

i) Anak lamban belajar.

j) Anak dengan kesulitan belajar khusus.

k) Anak dengan gangguan kemampuan berkomunikasi.

l) Gangguan proses indera perasa.

6) Pola asuh anak dengan disabilitas dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

   a) Anak dengan disabalitas kategori MAMPU RAWAT adalah anak dengan disabalitas yang kondisi secara fisik maupun mental perlu penanganan tenaga kesehatan dan pendampingan keluarga secara intensif.

   b) Anak disabilitas kategori MAMPU LATIH adalah anak dengan disabilitas yang mampu dilatih melalui terapi dan kegiatan pembiasaan sehingga anak memahami dana mngerti mana yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Kemampuan anak bisa ditingkatkan, contohnya anak mampu melakukan kegiatan Bina Diri yang meliputi : Mandi, makan, minum, sikat gigi, meletakkan barang-barang miliknya sendiri (peralatan mandi, peralatan olahraga, peralatan makan dan lainnya).

   c) Anak disabilitas MAMPU DIDIK adalah anak dengan disabilitas yang mampu dididik dengan mengikutsertakan anak pada kegiatan sekolah di penyelenggara pendidikan luar biasa (SLB) sehingga anak bisa meningkatkan bina diri dan mampu bersosialisai dengan lingkungan serta bisa menuju anak yang lebih mandiri.

7) Masalah yang biasa terjadi pada anak disabilitas

   a) Lebih berisiko mendapat kekerasan dari orang tua/lingkungannya akibat dari kelainan/kecacatannya.

   b) Mengalami hambatan dalam pemenuhan gizi.

   c) Ketidakmampuan anak dalam memelihara kebersihan perorangan (kebersihan tubuh, kebersihan alat reproduksi dll).

   d) Cenderung berperilaku berisiko yang tidak sesuai dengan norma masyarakat.

8) Tugas orang tua dan keluarga terhadap anak dengan disabilitas

   a) Melindungi dan memberi rasa aman pada anak dengan memebrikan kasih sayang, semangat dan motivasi secara optimal

   b) Menyediakan kebutuhan agar anak sehat, tumbuh dan berkembang secara optimal seperti :

      - Menyediakan makanan yang bergizi dan seimbang.
      - Memeriksakan kesehatan anak secara teratur.
      - Memantau pertumbuhan dan perkembanagan anak di Puskesmas dan Rumah Sakit.
      - Membawa anak ke Fasilitas kesehatan apabila anak sakit atau ada tanda-tanda kelainan penyerta lainnya.
      - Menyediakan fasilitas pendukung sesuai dengan kebutuhannya seperti : Kaca mata, alat bantu, tongkat, sepatu khusus, kursi roda dll.

   c) Melatih kemandirian anak dalam melakukan aktifitas sehari-hari

9) Perawatan Sehari-Hari

   a) Kebersihan Anak

      - Mandi dengan sabun dan air bersih 2 kali sehari.
      - Cuci rambut dengan sampo 3 kali seminggu.
      - Cuci tangan dan kaki anak dengan sabun setiap habis bermain.
      - Ganti pakain dan pakaian dalam setelah mandi, setelah main dan jika basah atau kotor.
      - Gunting kuku tangan dan kaki secara teratur dana jaga kebersihannya.

- Ajari buang air besar dan kecil di WC.
- Jaga kebersihan pakaian, mainan dan tempat tidur.
- Jaga kebersihan peralatan makan dan minum.

b) Perawatan Gigi

- Jika gigi belum tumbuh atau gigi baru tumbuh, bersihkan gusi, lidah bayi dan gigi yang baru tumbuh dengan kain lembut bersih yang diabasi air matang hangat dengan gerakan ringan dan perlahan.
- Setelah gigi tumbuh lebih banyak, gosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur dengan sikat gigi kecil khusus anak yang berbulu lembut, pakai pasta gigi yang mengandung flour.
  i. Untuk anak usia 1-2 tahun, pasta gigi cukup selapis tipis (1/2 biji kacang polong).
  ii. Untuk anak usia 2-6 tahun, pasta giginya seukuran 1 biji kacang polong.
- Ajari anak untuk menggosok giginya sendiri secara teratur selama 2 menit dampingi anak menggosok gigi sampai anak usia 8 tahun.
- Jangan biasakan anak minum susu dengan dodot sambil tidur.
- Jangan membiarkan anak menghisap jari atau mengempeng.
- Hindari anak dari makanan manis yang lengket.
- Periksakan gigi anak secara rutin setiap 3-6 bulan sekali ke dokter gigi atau perawat gigi di puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya.

- Cara menyikat gigi :
  i. Awali menyikat gigi pada seluruh permukaan kunyah gigi atas dan bawah dengan gerakan lurus kearah depan dan kebelakang (maju mundur).
  ii. Selanjutnya sikatlah permukaan luar gigi (yang menghadap kepipi dan bibir), letakkan bulu sikat di daerah batas gusi dan gigi, lalu lakukan gerakan memutar (sirkuler) mulai dari sisi belakang kiri dan sisi belakang kanan.
  iii. Selanjutnya sikat permukaan dalam gigi (yang menghadap kelangit-langit dan lidah) atas dan bawah dengan gerakan maju mundur.

c) Kebersihan Lingkungan

- Jauhkan anak dari asap rokok, asap dapur, asap sampah dan polusi kendaraan bermotor.
- Bersihkan rumah, sekitar rumah dan lingkungan bermain anak dari debu dan sampah.
- Bersihkan bak penampungan air, dan tutup untuk menghindari berkembang biaknya jentik nyamuk.
- Sebaiknya anak tidur terlindung dengan kelambu untuk menghindari gigitan nyamuk.
- Di daerah endemsi malaria, anak harus tidur dalam kelambu berinsektisida.

d) Hindari Anak dari Bahaya

- Hindari anak dari benda-benda yang disangka anak bisa dimakan atau diminum seperti obat racun tikus, racun serangga dll.
- Hindari anak dari benda panas, seperti kompor, setrika termos air panas, tempat pembakaran sampah.

- Hindari anak dari benda berbahaya seperti : Pisau, gunting, tempat colokan listrik.
- Untuk menghindari dari tenggelam dan kecelakaan lalu lintas, jangan biarkan anak dekat dengan sumur, kolam, sungai dan jalan raya tanpa pengawasan orang dewasa

e) Perawatan Anak Sehat

- Obat yang harus disediakan di Rumah
  i. Oralit untuk diare.
  ii. Povidon iodine untuk luka.
  iii. Parasetamol untuk demam.
- Batuk
  i. Berikan ASI lebih sering.
  ii. Beri minum air matang lebih banyak.
  iii. Jika umurnya diatas 1 tahun, beri kecap manis atau madu dicampur air jeruk nipis sebagai pelega tenggorokan.
  iv. Jauhkan dari asap rokok, asap dapur, asap sampah, polusi kendaraan bermotor dan debu.
- Diare/mencret
  i. Jika anak masih menyusu, terus berikan ASI dan MP-ASI.
  ii. Berikan segera ½ -1 gelas cairan oralit, berikan air matang, kuah sayur bening dan air tajin.
  iii. Pemberian zinc setiap hari selama 10 hari berturut-turut untuk :
    • Anak usia < 6 bulan 1 kali ½ tablet.
    • Anak usia 6 -5 tahun 1 kali 1 tablet.

  iv. Beri MP-ASI atau makan seperti biasa.
  v. Jangan beri obat apapun kecuali dari petugas kesehatan.
- Demam
  i. Jika anak masih menyusu, terus berikan ASI lebih sering.
  ii. Beri minum lebih sering dan lebih banyak.
  iii. Jangan diselimuti atau baju tebal.
  iv. Kompres dengan air biasa atau air hangat.
  v. Jangan kompres dengan air dingin karena anak bisa menggigil.
  vi. Jika demam tinggi, beri obat penurun panas sesuai dosis.
  vii. Untuk daerah endemis malaria, balita harus tidur di dalam kelambu anti nyamuk (mengandung insektisida).
- Luka dan koreng

  Jika luka maka cuci bersih luka dengan air bersih dan mengalir. Jika koreng maka periksakan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

10) Pemberian Imunisasi Wajib yang dianjurkan

Tabel 17. Imunisasi Wajib

Vaksin	Jadwal Imunisasi	Tujuan/Manfaat
Hepatitis B	0-7 hari (HB0)	Mencegah Hepatitis B dan Kerusakan hati
BCG	1 bulan	Mencegah TBC (Tuberkolusis) yang berat
Polio, IPV	1-4 bulan	Melindungi polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai atau lengan

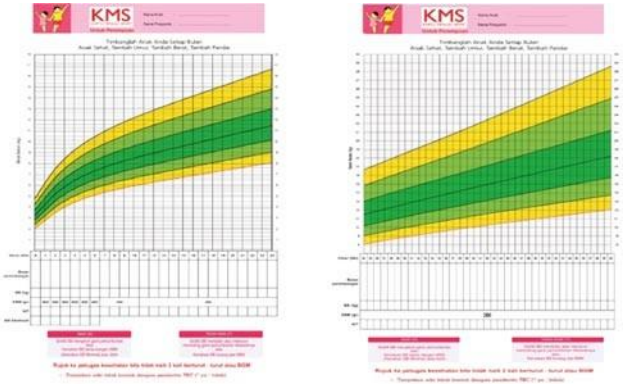
DPT, HB,HIB	2-18 bulan	- Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas. - Batuk rejan (batuk 100 hari). - Tetanus. - Hepatitis B menyebabkan Kerusakan hati. - Infeksi HIB menyebabkan meningitis (radang selaput otak).

D. KARTU MENUJU SEHAT (KMS)

1. Defenisi : Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah Kartu yang memuat data pertumbuhan dan perkembangan anak sejak lahir hingga berusia 5 tahun, data imunisasi anak, pemberian ASI dan kemampuan yang harus dimiliki sesuai dengan usia anak.
2. Tujuan :
   a. Alat untuk memantau status pertumbuhan dan perkembangan anak.
   b. Sebagai alat untuk menentukan epidemiologi apabila terjadi masalah kesehatan pada anak.
3. Pelaksana :

   Pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah petugas kesel
4. Bagian penting dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) :

   Model Kartu Menuju Sehat (KMS) biasanya berbeda-beda namun data yang harus diisikan semuanya sama. Yang harus diperhatikan adalah grafik pertumbuhan Berat Badan berdasarkan Umur (BB/U).



Gambar KMS untuk anak perempuan

Gambar KMS untuk anak laki-laki

E. SISTEM RUJUKAN

1. Defenisi

   Rujukan adalah penyerahan tanggungjawab dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain.

2. Ada 3 terlambat yang kita ketahui dengan tingginya AKI yaitu :

   a. Terlambat mengenal tanda bahaya.

   b. Terlambat mengambil keputusan.

   c Terlambat mencapai fasilitas kesehatan.

   d. Terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehat

3. Tujuan

   Tujuan rujukan adalah dihasilkannya pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna.

4. Penanganan

   Untuk mengatasi 3 Terlambat tersebut pemerintah mempunyai Program Utama *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang responsif gender, mencakup :

   a. Pelayanan antenatal.

   b. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.

   c. Penanganan komplikasi kebidanan.

   d. Pelayanan nifas dan neonatal.

   e. Pelayanan keluarga berencana.

5. Jenis-Jenis Rujukan

   Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terbagi 2 yaitu

   a. Rujukan internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan didalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring Puskesmas (Puskesmas Pembantu) ke Puskesmas Induk.

   b. Rujukan eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun verrtikal (dari Puskesmas ke Rumah Sakit Umum).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terbagi dua yaitu:

a. Rujukan medik

   Rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Contoh : merujuk pasien Puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke Rumah Sakit Umum Daerah.

   Jenis rujukan medik antara lain :

   1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tidakan operatif dan lain-lain.

   2) *Transfer of speciment.* Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

   3) *Transfer of knowledge/personal*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu pelayanan setempat.

b. Rujukan kesehatan

   Rujukan pelayanan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya; merujuk pasien dengan masalah gizi (pojok gizi puskesmas) atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos unit kesehatan kerja).

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rujukan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi rujukan yatu :

a. Riwayat seksio sesarea.
b. Perdarahan pervaginam.
c. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.
e. Ketuban pecah lama (kurang lebih 24 jam).
f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.
g. Ikterus.
h. Anemia berat.
i. Tanda/gejala infeksi.
j. Preeklampisa/hipertensi dalam kehamilan.
k. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
l. Gawat janin.
m. Primipara fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
n. Presentasi bukan belakang kepala.
o. Kehamilan gemeli.
p. Presentasi majemuk.
q. Tali pusat menumbung.

7. Persiapan dari rujukan

Mempersiapkan rujukan ke Rumah Sakit dengan melakukan BAKSOKUDA :

B : Bidan harus siap antar pasien ke Rumah Sakit.

A : Alat-alat yang akan dibawa saat perjalanan rujukan.

K : Kendaraan yang akan mengantar ibu ke Rumah Sakit.

S : Surat Rujukan disertakan.

O : Obat-obt seperti oksitosin ampul, cairan infus dll.

K : Keluarga harus diberitahu dan mendampingi ibu saat Dirujukan.

U : Uang untuk pembiyayaan di Rumah Sakit.

D : Darah untuk transfusi.

A : doA agar rujukan berjalan lancar.

F. PELAPORAN PELAYANAN KEBIDANAN

1. Defenisi

Suatu proses untuk mendapatkan data dan informasi yang merupakan subtansi pokok dalam sistem informasi yang meliputi : Pengumpulan, pencatatan, serta pengelolahan data dan informasi tentang kegiatan dan hasil kegiatan operasional.

2. Tujuan

Tujuan Pencatatan dan Pelaporan menurut POTTER dan PERRY adalah :

a. Komunikasi : Sebagai alat komunikasi yang efektf antar petugas kesehatan sehingga kesinambungan informasi dan upaya pelayanan kesehatan dapat tercapai.
b. Pendidikan : Sebagai informasi tentang gambaran penyakit atau masalah kesehatan dan pemecahannya.
c. Pengalokasian dana : Dapat digunakan untuk merencanakan tindakan dan kegiatan yang tepat dengan dana yang tersedia.

d. Evaluasi : Sebagai dasar untuk melakukan evaluasi terhadap hasil intervensi yang diberikan.

e. Dokumen yang sah : Sebagai bukti nyata dan legal yang dapat digunakan bila didapatkan adanya penyimpangan serta bila diperlukan untuk keperluan pengadilan.

f. Jaminan mutu : Dapat memberikan jaminan kepada masyarakat terhadap mutu layanan kesehatan yang diberikan.

g. Penelitian : Merupakan sumber data yang sangat bemanfaat untuk kepentingan penelitian atau riset.

h. Analisis : Merupakan dasar analisis masalah kesehatan pada individu, keluarga maupun masyarakat.

i. *Feedback* : Dapat digunakan sebagai umpan balik dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

3. Bentuk Laporan

a. Laporan Lisan

Kelemahan : Kemungkinan yang dilaporkan hanyalah hal-hal yang baik-baik saja dan bersifat subyektif.

Keuntungan : Hasil dari kegiatan/intervensi yang telah dilakukan dan data yang telah terkumpul dapat segera ditindaklanjuti dalam waktu yang lebih cepat.

b. Laporan Tertulis

Kelemahan : Memakan waktu dan biaya yang lebih.

Keuntungan : Bisa lebih bersifat objektif dan lebih terperinci serta pelaporan dapat bersifat positif maupun negatif.

KIE, PROMOSI KESEHATAN DAN KONSELING DALAMPERSALINAN

4

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu melakukan KIE, promosi kesehatan dan konseling tentang pandangan persalinan sebagai proses fisiologis.

A. DEFENISI PERSALINAN

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan (setelah 37 minggu) atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atu tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2004). Pertolongan persalinan merupakan salah satu bagian dari pelayanan antenatal care. Persalinan bersih dan aman dan meningkatan pelayanan obstetric esensial dan darurat yang merupakan pelayanan kesehatan primer. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong Persalinan mempunyai ketrampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih (Syafrudin, 2009).

B. JENIS PERSALINAN

Jenis persalinan menurut Simkin (2005), Mochtar (2006) dan Manuaba (2006), dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Partus spontan: Proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri berlangsung kurang dari 24 jam tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi.
2. Partus buatan: Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar.

C. TAHAP PERSALINAN

Tahap proses persalinan menurut Mochtar (2008), Bobak (200 membagi tahap-tahap persalinan menjadi :

1. Kala I (Kala Pembukaan)

   Kala I merupakan kala pembukaan sehingga kemajuan kala I dinilai dari majunya pembukaan, meskipun pada kala I terjadi proses penurunan kepala dan putar paksi dalam. Pada primigravida kala I bervariasi antara 13-14 jam sedangkan pada multigravida antara 6-8 jam. Pada kali I dibagi kedalam 2 fase yaitu:

   a. Fase laten Pada fase laten pembukaan serviks berlangsung lambat: Pembukaan 0-3cm, berlangsung dalam 5-7 jam.

   b. Fase aktif Pada fase ini berlangsung selama 7 jam dan dibagi atas 3 subfase:

      1) Periode akselerasi: Berlangsung 3 jam, pembukaan 3 menjadi 4 cm.

      2) Periode dilatasi maksimal (steady): Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm

      3) Periode deselarasi: Berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 menjadi 10 cm. Berdasarkan kurve Friedman, ditemukan perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu :

         a) Primi : Pembukaan 1 cm/jam dan Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI (ostium Uteri Internum) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka.

         b) Multi : Pembukaan 2 cm/jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pandek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama.

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

   Kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina, perinium terlihat menonjol, vulva-vagina-sfingterani terlihat membuka dan adanya pengeluaran lendir dan darah, pada kala II his terkordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perenium meregang dengan his mengedan yang terpimpin akan lahirlah kepala janin de-

ngan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primipara 1½ – 2 jam dan pada multipara ½ - 1 jam (Mochtar, 2002).

3. Kala III (Lahirnya Plasenta)

Kala tiga dari persalinan dimulai setelah selesainya kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta biasanya dikenal dengan sebutan persalinan kala plasenta. Kala tiga dari persalinan ini berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit akan tetapi walaupun berlangsung lebih lama sedikit dari itu masih dianggap dalam batas-batas normal.

4. Kala IV (Pengawasan)

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir dalam keadaan klinik atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala empat persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masaa dimulainya masa nifas (puerperium) mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

D. DUKUNGAN DALAM PROSES PERSALINAN

Persalinan membutuhkan usaha total ibu secara fisik dan emosional. Karena itu dukungan moril dan upaya untuk menimbulkan rasa nyaman bagi ibu bersalin sangatlah penting. Ibu mungkin berada dalam tempat persalinan dan kondisi yang berbeda-beda satu sama lain. Perawatan yang diberikan perlu di sesuaikan dengan kebutuhan masing-masing ibu (Depkes RI:2000).

1. Dukungan Moril

Kelahiran seorang bayi berpengaruh terhadap seluruh anggota keluarga. Karena itu bila suami atau anggota keluarga lainnya ingin menemani ibu saat bersalin hendaknya diizinkan. Biarkan mereka memberikan dukungan moril, memperhatikan dan mendengarkan permintaan ibu, serta menolong ibu bila mungkin. Perhatian dan penghargaan terhadap kebutuhan ibu dan keluarganya akan menumbuhkan rasa percaya kepada penolong persalinan. Ibu mungkin merasa tidak nyaman dan nyeri bila ibu cemas akan persalinannya atau bila mempunyai gangguan sebelumnya. Penolong persalinan perlu bersikap tenang dan mampu meyakinkan ibu dan kelurganya, terutama bila mereka gelisah dan khawatir.

2. Kenyamanan

Anjurkan ibu untuk berbaring dalam posisi yang dirasakan paling nyaman. Biarkan ibu melakukan kegiatan seperti berjalan, duduk, jongkok, mengambil posisi seperti akan merangkak atau bersalin, sesuai dengan keinginannya. Gerakan-gerakan tersebut membantu turunnya bayi ke panggul, karena itu anjurkan ibu bergerak aktif. Untuk selanjutnya, Ibu yang akan melahirkan tidak dianjurkan berbaring datar pada punggungnya, karena akan mengganggu peredaran darah ke tubuhnya dan janin yang dikandungnya.

3. Cairan

Anjurkan ibu minum air selama persalinan untuk mencegah dehidrasi dan memberikan tenaga. Untuk selanjutnya, dehidrasi dapat mengakibatkan kelelahan, memperlambat atau menyebabkan his tidak teratur.

4. Kebersihan

Infeksi yang terjadi pada saat persalinan dapa mengakibatkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayi. Ibu hendaknya dimandikan dan mengenakan pakaian bersih pada waktu bersalin, sedangkan penolong persalinan harus sering mencuci tangan dan menggunakan alat yang telah didensifeksi atau disterilkan. Cara perawatan kebersihan seperti :

a. Buang air besar Sebelum melahirkan, ibu sedapat mungkin buang air besar terlebih dahulu. Rektum yang penuh akan memberikan rasa tidak nyaman selama persalinan. Bila ibu kesulitan dalam mengosongkan rektum, maka ibu dapat dibantu dengan melakukan edema. Untuk selanjutnya hindari enema/klimaks pada ibu yang berada dalam tahap lanjut persalinan, ibu yang ketubannya telah pecah, ibu yang mengalami perdarahan atau ibu yang menderita hipertensi.

b. Buang air kecil Ibu bersalin sebaiknya buang air kecil paling sedikit setiap 2 jam, atau lebih sering lagi bila mungkin. Kandung kemih yang penuh akan menghambat turunnya bayi ke dasar panggul dan memberikan rasa tak nyaman bagi ibu. Selain itu ada juga faktor pendukung lainnya seperti, gizi ibu hamil yang tercukupi dan bergizi, melaksanakan perancanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang mana terdiri dari tafsiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi ibu hamil kalau mungkin ibu hamil tersebut jauh dari sarana kesehatan, calon pendonor darah yang sewaktu-waktu ibu hamil mengalami perdarahan hebat sehingga sudah siap pendonor darah, biodata lengkap dari ibu hamil sehingga dapat mengetahui riwayat ibu hamil tersebut (Depkes RI:2008).

E. FAKTOR PENYULIT PERSALINAN

Faktor-faktor penyulit persalinan yang aman adalah rendahnya pendidikan ibu, sosial ekonomi yang rendah, jarak usia anak kurang dari dua tahun, anak lebih dari lima, primigravida kurang dari 145 cm, primitua lebih dari 35 tahun, Hb kurang dari 11 gram persen, tensi sistole dan diastole 140 per 90 mmhg (DepKes RI Jakarta: 1996).

UPAYA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN SEBAGAI MITRA UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

5

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu melakukan upaya pemberdayaan perempuan sebagai mitra untuk meningkatkan kesehatan perempuan ibu dan anak dan antisipasi masalah, pencegahan komplikasi dan kegawatdaruratan dengan Technopreneur.

A. STATUS GIZI IBU DAN ANAK

1. Menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT)

   a. Defenisi

      Indeks massa tubuh (IMT) adalah metode yang murah, mudah dan sederhana untuk menilai status gizi pada seorang individu, namun tidak dapat mengukur lemak tubuh secara langsung. Pengukuran dan penilaian menggunakan IMT berhubungan dengan kekurangan dan kelebihan status gizi. Gizi kurang dapat meningkatkan risiko terhadap penyakit

infeksi dan gizi lebih dengan akumulasi lemak tubuh berlebihan meningkatkan risiko menderita penyakit degeneratif.

Rumus untuk mengetahui nilai IMT dapat dihitung dengan rumus metrik berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{[\text{Tinggi badan (m)}]^2}$$

b. Komponen Indeks Massa Tubuh

1) Tinggi Badan

Tinggi badan diukur dengan keadaan berdiri tegak lurus, tanpa menggunakan alas kaki, kedua tangan merapat ke badan, punggung dan bokong menempel pada dinding serta pandangan di arahkan ke depan. Kedua lengan tergantung relaks di samping badan. Bagian pengukur yang dapat bergerak disejajarkan dengan bagian teratas kepala (vertex) dan harus diperkuat pada rambut kepala yang tebal.

2) Berat Badan

Penimbangan berat badan terbaik dilakukan pada pagi hari setelah bangun tidur dan sebelum sarapan dan sesudah 10-12 jam pengosongan lambung. Timbangan badan perlu dikalibrasikan pada angka nol sebagai permulaan dan memiliki ketelitian 0,1 kg. Berat badan dapat dijadikan sebagai ukuran yang reliable dengan mengkombinasikan dan mempertimbangkannya terhadap parameter lain seperti tinggi badan, dimensi kerangka tubuh, proporsi lemak, otot, tulang dan komponen berat patologis (seperti edema dan splenomegali).

c. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Indeks Massa Tubuh

1) Usia

Penelitian yang dilakukan oleh Kantachuvessiri, Sirivichayakul, Kaew Kungwal, Tungtrochitr dan Lotrakul menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia yang lebih tua dengan IMT kategori obesitas. Subjek penelitian pada kelompok usia 40-49 dan 50-59 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami obesitas dibandingkan kelompok usia kurang dari 40 tahun. Keadaan ini dicurigai oleh karena lambatnya proses metabolisme, berkurangnya aktivitas fisik, dan frekuensi konsumsi pangan yang lebih sering.

2) Jenis Kelamin

IMT dengan kategori kelebihan berat badan lebih banyak ditemukan pada laki-laki. Namun, angka kejadian obesitas lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Data dari *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) periode 1999-2000 menunjukkan tingkat obesitas pada laki-laki sebesar 27,3% dan pada perempuan sebesar 30,1% di Amerika.

3) Genetik

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa lebih dari 40% variasi IMT dijelaskan oleh faktor genetik. IMT sangat berhubungan erat dengan generasi pertama keluarga.[24] Studi lain yang berfokus pada pola keturunan dan gen spesifik telah menemukan bahwa 80% keturunan dari dua orang tua yang obesitas juga mengalami obesitas dan kurang dari 10% memiliki berat badan normal.

4) Pola makan

Pola makan adalah pengulangan susunan makanan yang terjadi saat makan. Pola makan berkenaan dengan jenis, proporsi dan kombinasi makanan yang dimakan oleh seorang individu, masyarakat atau sekelompok populasi. Makanan cepat saji berkontribusi terhadap peningkatan indeks massa tubuh sehingga seseorang dapat menjadi obesitas. Hal ini terjadi karena kandungan lemak dan gula yang tinggi pada makanan cepat saji.

5) Aktifitas fisik

Aktifitas fisik menggambarkan gerakan tubuh yang disebabkan oleh kontraksi otot menghasilkan energi ekspenditur. Menjaga kesehatan tubuh membutuhkan aktifitas fisik sedang atau bertenaga serta dilakukan hingga kurang lebih 30 menit setiap harinya dalam seminggu. Penurunan berat badan atau pencegahan peningkatan berat badan dapat dilakukan dengan beraktifitas fisik sekitar 60 menit dalam sehari.

2. Pola Makanan yang Baik untuk Ibu Hamil

Selama kehamilan ibu dan keluarga harus memperhatikan tentang makanan bergizi untuk ibu hamil seperti :

a. Makan dengan pola gizi seimbang dan bervariasi lebih banyak daripada sebelum hamil.
b. Tidak ada pantangan makanan selama hamil.
c. Minum air sebanyak 10 gelas perhari.
d. Jika mual dan muntah serta tidak nafsu makan, pilihlah makanan yang tidak berlemak dalam porsi kecil tetapi sering, seperti buah, roti, ubi, singkong dan biskuit.
e. Jangan minum-minuman keras dan merokok.
f. Jika minum obat tanyakan kepada petugas kesehatan

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas

Berbagai penelitian membuktikan bahwa gizi berperan sebagai faktor penentu utama kualitas sumber daya manusia, terutama sejak 1.000 hari pertama kehidupan, pada masa kehamilan sampai usia bayi 2 tahun. Peran penting gizi pada masa kehamilan membuat status gizi ibu hamil mendapat perhatian yang besar. Status kekurangan energi kronis (KEK) sebelum hamil memengaruhi pertumbuhan janin dan menjadi pertimbangan capaian peningkatan berat selama kehamilan. Di Indonesia, berat badan prahamil umumnya tidak diketahui sehingga lingkar lengan atas (LiLA) dijadikan indikator risiko KEK pada ibu hamil. Sampai sedemikian jauh, ambang batas yang digunakan untuk menentukan seorang ibu hamil berisiko KEK adalah 23,5 cm.

Indonesia menetapkan ambang batas IMT yang dimodifikasi berdasarkan pengalaman klinis dan penelitian di beberapa negara berkembang. Ambang batas IMT, kategori normal yang digunakan untuk penduduk Indonesia adalah 18,5 _ 25,0 kg/m^2.[12] Pengukuran LiLA juga telah digunakan secara umum di Indonesia. Ambang batas LiLA yang digunakan adalah 23,5 cm. Namun sampai kini, ambang batas LiLA yang digunakan di Indonesia belum diuji secara memadai.[13] Selain itu, penentuan ambang batas 23,5 cm lebih ditujukan pada risiko dan mortalitas bayi, bukan ibu.

B. PEMERIKSAAN PAYUDARA

Pemeriksaan payudara sebaiknya dilakukan sejak dini, mulai usia 20 tahun pemeriksaan sudah dapat dilakukan. Perubahan yang terjadi pada payudara harus segera ditangani ke dokter. Semua wanita berusia 40 tahun dan lebih tua harus mendapatkan mammogram setiap tahun. Mammogram adalah cara paling efektif untuk mendeteksi kanker pada tahap awal dan cara pengobatan yang efektif. Jenis kelainan payudara :

1. Fibro adenoma

   Tumor jinak yang muncul pada payudara, Tidak semua benjolan yang muncul pada payudara merupakan fibroadenoma.

2. Kista Sarcoma Filodes

   Kista sarcoma philodes adalah fibro adenoma yang tumbuh meliputi seluruh mamae, ada kalanya bertambah besar, hampir tidak tergendong oleh penderita.

3. Kanker Payudara

   Kanker payudara adalah tumor ganas yang terbentuk di jaringan payudara. Tumor ganas merupakan kumpulan sel kanker yang berkembang secara cepat ke jaringan di sekitarnya atau menyebar ke bagian tubuh yang lebih jauh. Penyakit ini terjadi hampir selalu pada wanita namun dapat terjadi pula pada pria. Sel kanker dapat terbentuk di jaringan lemak di dalam payudara, kelenjar susu (lobulus), ataupun di saluran susu (duktus).

d. Sarkoma Payudara

   Sarkoma adalah kumpulan sel abnormal yang terbentuk oleh sel-sel yang tumbuh terus-menerus secara tidak terbatas/berlebihan (proliferasi), tidak berkoordinasi dengan jaringan sekitarnya dan tidak berguna bagi tubuh, yang berasal dari jaringan mesodermal. Sarkoma merupakan tumor ganas (kanker) yang berasal dari jaringan mesodermal. Sarcoma tumbuh secara ekspansif tapi terjadi pula pertumbuhan yang infiltratif ke jaringan sekitarnya. Metastasis berlangsung dengan cara hematogen. Sarcoma dapat terjadi pada semua bagian tubuh tetapi yang sering ialah pada tulang, jaringan subcutis, fascia dan otot.

C. PERIKSA PAYUDARA SENDIRI (SADARI)

1. Defenisi

   SADARI adalah pemeriksaan payudara sendiri yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya kanker payudara pada wanita. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan cermin dan dilakukan oleh wanita yang berumur 20 tahun ke atas. Indikasi utama SADARI adalah untuk mendeteksi terjadinya kanker payudara dengan mengamati payudara dari depan, sisi kiri dan sisi kanan, apakah ada benjolah, perubahan warna kulit, puting berisik dan pengeluaran cairan atau nanah dan darah.

2. Waktu Pemeriksaan

   Pemeriksaan SADARI dapat dilakukan pada :

Tabel 18. Pemeriksaan SADARI

1.	Wanita usia subur	7-8 hari setelah menstruasi
2.	Wanita pascamenopause	Pada waktu tertentu setiap bulan
3.	Setiap wanita berusia diatas 20 tahun	Perlu melakukan pemeriksan payudara sendiri (SADARI) setiap bulan
4.	Wanita yang berisiko tinggi sebelum mencapai 50 tahun	Perlu melakukan mamografi setiap tahun, pemeriksaan payudara oleh dokter setiap 2 tahun

D. PENCEGAHAN DINI KANKER RAHIM

1. Defenisi

Kanker serviks merupakan penyakit yang umum ditemui di Hong Kong. Kanker ini menempati peringkat kesepuluh di antara kanker yang diderita oleh wanita dengan lebih dari 400 kasus baru setiap tahunnya. Statistik dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan usia diagnosis diantara kelompok pasien. Wanita yang berusia diantara 20 hingga 70 tahun berisiko terkena penyakit ini.

Leher rahim atau serviks terletak dibagian atas vagina dan merupakan bagian bawah dari rahim. Infeksi oleh virus papiloma manusia (HPV) (keluarga virus yang menginfeksi kulit dan selaput mukosa yang melapisi tubuh) bisa menyebabkan perubahan tidak normal pada sel-sel serviks, suatu kondisi yang disebut dengan Neoplasia Intraepithelial Serviks (CIN). CIN bukanlah kanker, namun ada peluang dimana CIN bisa berkembang menjadi kanker.

2. Faktor Risiko

Wanita dengan kondisi berikut ini lebih rentan terkena kanker serviks:

a. Infeksi HPV secara persisten, terutama HPV jenis 16 dan 18, bisa meningkatkan risiko CIN.
b. Telah melakukan hubungan seksual sebelumnya, khususnya jika dilakukan pada usia dini.
c. Penyakit hubungan seksual yang menular.
d. Semakin tinggi jumlah pasangan seksual seorang wanita atau pasangannya, semakin besar risiko terkena kanker serviks.
e. Melemahnya sistem kekebalan tubuh, penyakit ginjal kronis, AIDS atau penyakit sistem kekebalan tubuh lainnya.
f. Merokok dan paparan asap rokok berpeluang untuk masuknya banyak bahan kimia penyebab kanker yang mempengaruhi organ selain paru-paru dan dibawa dalam aliran darah keseluruh tubuh. Merokok juga membuat sistem kekebalan tubuh kurang efektif dalam memerangi infeksi HPV. Efek langsung bahan tersebut seperti tembakau atau nikotin terhadap serviks akan menurunkaan status imun lokal, sehingga dapat menjadi ko-karsinogen dan dapat merusak DNA pada sel-sel serviks sehingga berkontribusi terhadap perkembangan sel kanker serviks (ACS 2014).
g. Paritas merupakan keadaan dimana seorang wanita pernah melahirkan bayi yang dapat hidup atau tidak. Paritas yang berbahaya adalah dengan memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang atau jarak persalinan yang terlalu dekat, hal ini dapat menyebabkan timbulnya perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim sehingga dapat berkembang menjadi ganas.
h. Penggunaan Pil KB dalam jangka panjang meningkatkan risiko kanker serviks. Berdasarkan hasil penelitian, risiko kanker serviks dua kali lipat lebih besar pada wanita yang mengosumsi pil KB lebih dari 5 tahun. Tapi risiko kembali normal 10 tahun setelah berhenti (ACS 2014).
i. *Personal Hygiene* buruk juga dapat meningkatkan risiko terjadinya lesi prakanker leher rajim sebesar 29 kali dibanding hygiene yang baik. Organ reproduksi wanita mudah terkena bakteri dan kuman yang dapat menimbulkan bau tidak sedap di daerah kelamin dan infeksi. Cara membasuh alat genetalia eksterna yang salah dapat menyebabkan ku-

man masuk dan memicu HPV dan menyebabkan terjadinya kanker serviks.

3. Pencegahan

a. Menjaga kebersihan diri dengan saksama. Mempraktikkan hubungan seksual yang aman.

b. Menggunakan kondom secara konsisten bisa membantu mengurangi kemungkinan infeksi HPV atau penyakit hubungan seksual menular lainnya.

c. Pemeriksaan kanker serviks secara berkala (dikenal juga sebagai "tes Pap") bisa mengurangi kemungkinan kanker serviks hingga 90%.

d. Pemeriksaan kesehatan harus dilakukan satu kali setiap tahun dan setelah mendapat dua hasil pemeriksaan yang normal secara berturut-turut, pemeriksaan bisa dilakukan satu kali setiap tiga tahun setelahnya.

e. Vaksinasi kanker serviks.

f. Berhenti merokok dan hindari asap rokok.

4. Penanganan

a. Tindakan bedah

Selain tumor di serviks, rahim, bagian dari vagina, jaringan di sekitar rahim, dan jaringan limfatik akan diangkat. Usia pasien akan dipertimbangkan untuk menentukan apakah pengangkatan indung telur diperlukan atau tidak.

b. Radioterapi

Ada dua jenis radioterapi, radioterapi eksternal dan radioterapi internal. Biasanya kedua metode ini digunakan secara

bersamaan untuk mendapatkan hasil pengobatan terbaik

1) Radioterapi eksternal – menggunakan akselerator linier untuk mengirimkan sinar radiasi berenergi tinggi ke tempat tumor dan rongga panggul untuk membasmi tumor.

2) Radioterapi internal – prosedur ini dilakukan di ruang operasi saat pasien berada di bawah pengaruh anestesi umum. Dokter akan memasukkan alat kecil ke dalam vagina pasien dan leher rahim untuk memancarkan radiasi yang diperlukan untuk pengobatan. Pasien biasanya perlu menjalani 3 hingga 4 sesi pengobatan dengan durasi 10 hingga beberapa menit di setiap sesinya. Potensi efek samping dari radioterapi:

- Diare dan dan rasa lelah.
- Pendarahan kandung kemih atau rektum.
- Penyempitan vagina.

c. Kemoterapi

Kemoterapi membantu mengecilkan ukuran tumor dan melengkapi tindakan radioterapi untuk meningkatkan efek pengobatannya. Kemoterapi intravena biasanya digunakan dengan menyuntikkan obat melalui pembuluh darah. Jumlah hitungan darah pasien akan menurun jika kemoterapi dilakukan secara bersamaan dengan radioterapi, yang bisa menyebabkan rasa lelah dan rentan terhadap infeksi.

Pasien mungkin perlu mengonsumsi obat antibiotik dan pasien yang menderita anemia mungkin perlu melakukan transfusi darah. Pengobatan dengan tindakan bedah dan radioterapi memiliki efek penyembuhan yang sama pada kanker serviks Stadium I dan II. Namun bagi pasien yang berusia lebih muda dan dalam kondisi kesehatan yang lebih baik, tindakan bedah lebih dipilih untuk menyelamatkan ovarium demi keperluan hormon reproduksi. Tindakan ini

juga bisa menurunkan aktivitas kehidupan seksual yang terkait dengan penyempitan dan pengerasan vagina sebagai akibat dari radioterapi. Efek jangka panjang dari tindakan operasi biasanya lebih sedikit daripada radioterapi.

Untuk kanker serviks stadium lanjut, radioterapi dan kemoterapi adjuvan menjadi tindakan pengobatan utama.

Tabel 19. Jadwal Kemoterapi dan Radioterapi

Wanita yang berusia antara 20-40 tahun	Mamogram awal atau dasar antara usia 35 sampai 40 tahun dan Melakukan pengujian payudara pada dokter setiap 3 tahun.
Wanita yang berusia antara 40-49 tahun	Melakukan pemeriksaan payudara pada dokter dan mamografi setiap 1-2 tahun.
Wanita yang berusia diatas 50 tahun	Melakukan pemeriksaan payudara pada dokter dan mamogarfi setiap tahun.

E. GIZI ANAK

1. Gizi Seimbang

   Susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dal jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi.

2. Empat Pilar Gizi Seimbang

   Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memonitor berat badan secara teratur. Empat pilar tersebut adalah: mengosumsi makanan beragam, membiasakan perilaku hidup bersih, melakukan aktivitas fisik dan Mempertahankan dan memantau Berat Badan (BB) normal.

3. Gizi Seimbang Bayi 0-6 Bulan

   Gizi seimbang untuk bayi 0-6 bulan cukup hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi 9 semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan, sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya, murah dan bersih. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya diberi ASI saja.

4. Gizi Seimbang Anak 6-24 Bulan

   Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun.

   Ibu sebaiknya memahami bahwa pola pemberian makanan secara seimbang pada usia dini akan berpengaruh terhadap selera makan anak selanjutnya, sehingga pengenalan kepada makanan yang beranekaragam pada periode ini menjadi sangat penting. Secara bertahap, variasi makanan untuk bayi usia 6-24 bulan semakin ditingkatkan, bayi mulai diberikan sayuran dan buah-buahan, lauk pauk sumber protein hewani dan naba-

ti, serta makanan pokok sebagai sumber kalori. Demikian pula jumlahnya ditambahkan secara bertahap dalam jumlah yang tidak berlebihan dan dalam proporsi yang juga seimbang.

5. Gizi seimbang anak 2-5 tahun

   Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan. Oleh karena itu jumlah dan variasi makanan harus mendapatkan perhatian secara khusus dari ibu atau pengasuh anak, terutama dalam "memenangkan" pilihan anak agar memilih makanan yang bergizi seimbang. Disamping itu anak pada usia ini sering keluar rumah sehingga mudah terkena penyakit infeksi dan kecacingan, sehingga perilaku hidup bersih perlu dibiasakan untuk mencegahnya.

6. Gizi seimbang anak 6-9 tahun

   Anak pada kelompok usia ini merupakan anak yang sudah memasuki masa sekolah dan banyak bermain diluar, sehingga pengaruh kawan, tawaran makanan jajanan, aktivitas yang tinggi dan keterpaparan terhadap sumber penyakit infeksi menjadi tinggi. Sebagian anak usia 6-9 tahun sudah mulai memasuki masa pertumbuhan cepat pra-pubertas, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi mulai meningkat secara bermakna. Oleh karenanya, pemberian makanan dengan gizi seimbang untuk anak pada kelompok usia ini harus memperhitungkan kondisi-kondisi tersebut di atas.

KEPUTUSAN SECARA TEPAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN 6

TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah membaca materi ini saudara mampu membuat keputusan secara tepat dalam pelayanan kebidanan berdasarkan pemikiran logis, kritis, inovatif sesuai dengan kode etik.

A. DEFENISI

Pengambilan keputusan adalah pemilihan alternative perilaku tertentu dari dua atau lebih alternatif (Teori George R. Terry dalam Astuti, 2016).

B. TEORI PENGAMBILAN KEPUTUSAN

Bidan diharuskan untuk tidak hanya selalu *UP to date* dalam hal kompetensi (kognitif, psikomotor dan afeksi), tetapi juga harus dapat memahami dan menguasai ranah hukum/kebijakan dan

etika serta norma-norma yang ada. Adapun beberapa teori yang melandasi etika kebidanan antara lain. Jones sr dan Wahyu.

1. Teori Utilitarisme

   Mengutamakan adanya konsekuensi kepercayaan adanya kegunaan, semua manusia memiliki perasaan senang dan sakit. Prinsip umum dari utilitarisme adalah didasarkan bahwa tindakan moral menghasilkan kebahagiaan yang besar bila menghasilkan jumlah atau angka yang besar. Bentuk utilitarisme ada dua yaitu :

   a. Utilitarisme berdasarkan tindakan : Bahwa setiap tindakan ditujukan untuk keuntungan.
   b. Utilitarisme beradasarkan aturan : Bahwa setiap tindakan didasarkan pada prinsip kegunaan dan aturan moral.

2. Teori Deontology

   Menurut Immanuel Kant : Sesuatu dikatakan baik dalam arti sesungguhnya adalah kehendak yang baik oleh kehendak manusia. Menurut W.D Ross : Setiap manusia punya intuisi akan kewajiban dan semua kewajiban berlaku langsung pada diri kita. Kewajiban untuk melakukan kebenaran adalah kewajiban utama, termasuk kesetiaan, ganti rugi, terima kasih, keadilan, berbuat baik dan sebagainya. Memahami kewajiban akan membuat seseorang terhindar dari konflik atau dilemma.

3. Teori Hedonisme

   Sesuai kodratnya setiap manusia mencari kesenangan dan menghindari ketidaksenangan. Hal terbaik adalah menggunakan kesenangan dengan baik dan tidak terbawa oleh kesenangan. Dalam menilai kesenangan, tidak hanya kesenangan inderawi, tetapi juga kebebasan dari rasa nyeri, serta kebebasan dari keresahan jiwa. Kita sebut baik jika meningkatkan kesenangan dan sebaliknya dinamakan jahat jika mengurangi kesenangan atau menimbulkan ketidak senangan.

4. Teori Eudemonisme

   Menurut Aristoteles, dalam setiap kegiatan manusia mengejar suatu tujuan, ingin mencapai sesuatu yang baik bagi. Semua orang akan setuju bahwa tujuan hidup akhir manusia adalah kebahagiaan (eudemonia). Keutamaan dalam mencapai kebahagiaan melalui keutamaan intelektual dan moral.

C. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN KEPUTUSAN

Faktor-faktor yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan adalah :

1. Fisik : Rasa yang dirasakan oleh tubuh.
2. Emosional : Perasaan dan sikap.
3. Rasional : Pengetahuan.
4. Praktik : Keterampilan dan kemampuan individu.
5. Interpersonal : Jaringan sosial dan hubungan antar individu.
6. Struktural : Lingkup sosial, ekonomi dan politik.
7. Posisi atau kedudukan.
8. Masalah yang dihadapi.
9. Situasi dan kondisi.
10. Tujuan.

Glosarium

A

ANC : Kunjungan ibu hamil ke bidan atau ke dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal.

APD : Alat Pelindung Diri digunakan saat melakukan tindakan.

ASI Ekslusif : Bayi yang mendapatkan ASI saja sampai usia 6 bulan dan Pemberian ASI pada bayi sampai usia 2 tahun.

C

CVAT : Costa Vertebra Angel Tendons diperiksa untuk mengetahui keadaan ginjal.

D

DJJ : Denyut Jantung Janin normal 120-160 kali/menit.

DTT : Desinfeksi Tingkat Tinggi untuk melakukan tindakan obstetri.

E

ECT : Electrokompulsif Therapy digunakan pada pasien depresi psikotik untuk mendapatkan respon yang lebih cepat, bila kehidupan ibu dan anak terancam, misalnya pada depresi hebat dan klien sampai ingin bunuh diri.

F

FE : Ferrum (Zat Besi) untuk ibu hamil dan nifas mencegah anemia.

H

HCG : Hormon Chrorionic Gonadotropin untuk pemeriksaan tes kehamilan.

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir untuk menentukan Taksiran Persalinan dan usia kehamilan.

K

K1 : Kunjungan awal ibu hamil.

K4 : Kunjungan ulang yang ke 4 atau selebihnya pada ibu hamil.

L

LILA : Lingkar Lengan Atas untuk menentukan status gizi ibu.

P

PAP : Pintu Atas Panggul yang disebut juga batas Hodge I.

PQRST : Provokatif, Qualitas/quantitas, Region/Radiasi dan Skala seviritas merupakan skala penilaian nyeri.

PRX : Prosesus Xipoideus batas antara rongga dada dan abdomen.

P4K : Perencanaan persalinan dan pencegahan Komplikasi.

T

TFU : Tinggi Fundus Uteri untuk menentukan usia kehamilan.

TP : Taksiran Persalinan yang didapat dari riwayat HPHT.

TT : Tetanus Toksoid diberikan kepada ibu hamil.

S

SSRIs : Selective serotonin reuptake inhibitors merupakan cara menangani depresi sehingga menjadi pilihan untuk ibu hamil.

Indeks

A

ANAMNESA 2, 59, 73

Antenatal Care 1

ASI v, 1, 61, 63, 78, 146, 147, 148, 149, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 178, 179, 198, 204

Aspek Kultural 84, 87, 90

Aspek Psikososial 79, 86, 89

ASUHAN KEBIDANAN iii, 1, 59, 73, 150, 154

D

Data Subjektif v, 3, 75

Denyut Jantung Janin 15, 204

Dokumentasi 141, 150, 151, 152, 153, 154

G

Gizi 103, 125, 145, 188, 197, 198, 199, 202

I

Istilah infeksi menular seksual 126

K
KALA II 129
KALA III 135
KALA IV 139
KEPUTUSAN iv, 200, 201
Ketidaknyamanan 33, 42
KIA iii, 29, 30, 32, 157, 169, 202

L
LANGKAH VARNEY iii, 154
Leopold vi, 12, 13, 14, 15, 32, 71, 72

P
Panggul vi, 14, 19, 32, 45, 111, 205
PELAPORAN iii, 150, 181
PEMERIKSAAN FISIK 8, 64, 75
PENYULIT iii, iv, 92, 106, 142, 187
PERSALINAN iii, iv, 1, 59, 79, 86, 106, 183, 185, 187

R
Refleks Patella 18, 32
Riwayat Kesehatan 7, 8

T
Tinggi Fundus Uteri 15, 64, 205
Tumbuh Kembang 169, 170

Daftar Pustaka

Varney, H., Kriebs., Carolyn, L.G. 2007. *BUKU Ajar Konsep Kebidanan*. Edisi 4. Editor Esty Wahyuningsih, et al, Jakarta: EGC (Text Book)

Megasari, dkk. 2015. *PANDUAN Belajar ASUHAN Kebidanan I.* Penerbit Deepublish (Grup Penerbitan CV Budi Utama : Yogyakarta

Elisabeth., M.F. 2012, *ASUHAN kebidanan Kehamilan*. Jakarta: In Media

Mandriwati, G.A. 2011. *ASUHAN Kebidanan Antenatal* : Penuntun belajar, Edisis 2 Jakarta : EGC

Nurul Jannah. 2012. *BUKU Ajar ASUHAN Kebidanan-Kehamilan*. Yogyakarta : CV : Andi Offset

Bobak, Lowdermil, Jensen. 2004. *BUKU Ajar Keperawatan Maternitas*. EGC Jakarta.

Eisenberg Arlene, 2000, *Kehamilan Apa yang Anda Hadapi BULAN PERBULAN*, Jakarta, Penerbit ARCAN.

Kemenkes RI, 2015. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Ari Sulistyawati., 2011. *ASUHAN Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta :Salemba Medika

Hanifa, Prawirohardjo. 2009, *ILMU Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Mufdlilah,. 2009. Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil. Yogyakarta : Nuha Medika

Ari Sulistyawati, 2010. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas, Yogyakarta

Anggraini Yetti, (2010), Asuhan Kebidanan masa NIfas, Jogjakarta,Pustaka Rihama

Dewi Vivian, (2011), Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas, Jakarta, Salemba Medika

Linda V Walsh, (2001) Midwifery, Saunders Company

Roito, dkk, (2010), Asuhan Kebidanan Ibu Nifas, Jakarta, EGC

Rukiah, dkk, (2011), Asuhan Kebidanan III (Nifas), Jakarta, TIM

Sweet B.R, (1997) Mayes Midwifery, Bailliere Tindall, London

Varney Midwifery, 1997.

Who, (2001) Panduan Praktis Maternal Neonatal

Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan,. 2014. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta : GAVI

Kemenkes RI, 2014. Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Rosdiani, dkk. 2014. Posisi Tidur Miring Efektif Menurunkan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Trimester III di Poli KIA RS Rahman Rahim Desa Saimbang Sukodono Sidoarjo. Surabaya

Strumius Theofanus Lering, 2013. Penentuan Jenis Golongan Darah Manusia Berbasis Mikrokontroler AT-Mega 8535: Yogyakarta

Kemenkes RI, 2014. Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kemenkes RI, 2016. Olah Raga dan Manfaat Bagi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Dini Eva Ariyani, dkk. 2007. Validitas Lingkar Lengan Atas Mendeteksi Risiko Kekurangan Energi Kronis Pada Wanita Indonesia. Jakarta

Kemenkes RI, 2012. Pedoman Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu Hamil dan Anak Usia Balita Bagi Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Rosyati H, 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Keesehatan Universitas

Handayani S, 2010. Aspek Sosial Budaya Pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas Di Indonesia. Surakarta

Sucipto N I, 2013. Abortus Imminens : Upaya Pencegahan, Pemeriksaan dan Penatalaksanaa. Jawa Timur

Kemenkes RI, 2016. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Sari, Utin Siti Candra. 2013. Rujukan Kehamilan Berisiko di Rumah Sakit. Yogyakarta : Istana Publishing

Roger CR: *Away of Being*, Boston, 1980, Houghton Mifflin Company

Tyastuti, Siti. 2016. *ASUHAN Kebidanan Kehamilan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sembiring, Julina, 2019. Buku Ajar Neonataus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah. Yogyakarta : Deepublish

Lyndon, Saputra, 2018. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Jaka : Binarupa Aksara

Atika, V, 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, bayi, Balita dan Anak Pra SekolahJakarta : TIM

Imeida, Fitri Ika, 2015. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan anak Pra Sekolah .Jakarta :Trans Info Media

Munthe, juliana. 2015. Faktor-faktor yang memengaruhi bidan dalam pemberian vitamin K1 pada bayi baru lahir di wilayah kerja puskesmas simpang limun medan tahun 2013. Jurnal Wahana Inovasi. Volume 4 No 2. http://penelitian.uisu.ac.id/wp content/uploads/2017/05/JULIANA-MUNTHE.pdf

Mini Note Pediatric, (2021) Makassar