

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Definisi dan Fisiologi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Walyani, 2015).

Penentuan dan dugaan terhadap kehamilan sangat terkait dengan pengetahuan tentang fisiologi awal kehamilan.

1) Ovum (sel telur)

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terjadi di genital ridge. Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis) adalah: oogonia, oosit pertama, primary ovarian follicle, liquor folliculi, pematangan pertama ovum dan pematangan kedua ovum pada saat sperma membuahi ovum.

2) Spermatozoa (sel mani)

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas empat bagian, yaitu kepala yang berisi inti (nukleus), leher, bagian tengah, nium membelah dan spermatosit pertama membelah dua, spermatosit kedua membelah dua dan spermatid tumbuh menjadi spermatozoon.

3) Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa persatuan antara sel mani dan sel telur di tuba fallopi. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi dapat melintasi zona pellusida masuk ke villetus ovum. Setelah itu, zona pellusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui sperma lain. Persatuan ini dalam prosesnya diikuti oleh persatuan pronuklei, keduanya disebut zygot yang terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria. Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zygot yang berjalan lancar dalam tiga hari sampai dalam stadium morula. Hasil konsepsi ini dengan urutan tetap bergerak ke arah rongga rahim. Hasil konsepsi sampailah dalam kavum uteri dalam peringkat blastula.

4) Nidasi (Implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh simpai yang disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada pada masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua, yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas.

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner-cell-mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua hingga menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman). Umumnya, nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoderm dan membentuk ruang amnion sehingga terbentuklah lempeng embrional (embryonal plate) diantara amnion dan yolk sac.

Sel-sel trofoblas mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah (embrio) akan melapisi bagian dalam trofoblas, dengan demikian terbentuklah sekat korionik (chorionic membrane) yang telah menjadi korion. Sel-sel trofoblas tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu sitotrofoblas di sebelah dalam dan sinsitiotrofoblas di sebelah luar.

Villi korionik yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korion profundus, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang dan disebut chorion leave.

5) Plasenta

Pertumbuhan dan perkembangan desidua terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama makin tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas desidua basalis, terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, di sini plasenta terbentuk. Desidua kapsularis, meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi. Desidua vera, meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya (Yanti, 2017).

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

1) Tanda Dugaan Hamil

Adapun tanda dugaan hamil adalah sebagai berikut:

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de graaf* dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, *amenorhea* juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor *pituitari*, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sicknes*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum*.

c) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*Basal Metabolism Rate-BMR*) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan *progesteron* menstimulasi perkembangan sistem *alveolar* payudara. Bersama *somatomamotropin*, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus ke kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon *kortikosteroid* plasenta yang merangsang *melanofor* dan kulit.

j) *Epulis*

Hipertropi papila gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k) Varises

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Walyani, 2015).

2) Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

a) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) *Tanda hegar*

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

c) *Tanda goodel*

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

d) *Tanda chadwick*

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

e) *Tanda piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena *ovum* berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) *Kontraksi braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati daeri pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g) *Teraba ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal iini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG) yang diproduksi

oleh *sinsiotropoblastik* sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, menurun pada hari ke 100-130 (Walyani, 2015).

3) Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini.

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat *fetal electrocardiograf* (misalnya dopler). Dengan *stethoscope laenec*, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun ultrasonografi (Walyani, 2015).

B. Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Sofian, 2013). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan adalah suatu proses saat janin dan produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah teori-teori yang kompleks. Teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor humoral, struktur rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi.

1) Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi lebih tua

Yang akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi *utero placenta*.

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak *ganglion servikale* (Frankenhauser). Bila *ganglion* ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi partus (*Induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan : rangsang *laminaria*, *amniotomi*, dan *oksitosin drips* (Sofian, 2013).

Tanda Dan Gejala Persalinan adalah :

1) Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi *uterus* memiliki tiga fase yaitu *increment* dimana ketika intensitas terbentuk, *acme* yaitu puncak atau *maximum* dan *decement* yaitu ketika otot relaksasi.

Ketika merasakan kontraksi *uterus*, mulailah untuk menghitung waktunya. Catatlah lamanya waktu antara satu kontraksi dengan kontraksi berikutnya, dan lamanya kontraksi berlangsung. Jika ibu merasakan mulas yang belum teratur akan lebih baik menunggu di rumah sambil beristirahat dan mengumpulkan energi untuk persalinan. Jika kontraksi sudah setiap 5 menit sekali atau sangat sakit dapat berangkat ke rumah sakit dengan membawa perlengkapan yang sudah dipersiapkan.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan

bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*. *Blood slim* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni.

3) Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum. Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus keluar.

4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas *uterus* dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas *uterus* menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

1) Kala I (Pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung kurang dari 8 jam. Dan yang kedua fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10). Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase yaitu periode akselerasi dimana berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal yaitu berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm dan periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap (Walyani & Purwoastuti, 2015). Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam sedangkan pada multipara berlangsung 7 jam (Ilmiah, 2015).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB

d) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu pada primipara berlangsung 1.5-2 jam sedangkan pada multipara berlangsung 0.5-1 jam (Walyani & Purwoastuti, 2015).

3) Kala III : Kala Uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (*brand androw*, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Ilmiah, 2015).

4) Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lochia yang berasal dari sisa-sisa

jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Ada beberapa tanda bahaya ibu bersalin yang akan mengancam jiwanya diantaranya syok pada saat persalinan, perdarahan pada saat persalinan, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang atau koma, tekanan darah tinggi, persalinan yang lama, gawat janin dalam persalinan, demam dalam persalinan, nyeri perut hebat, sukar bernafas (Rukiyah, dkk., 2012).

C. Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Kelahiran bayi merupakan suatu peristiwa yang menyenangkan dan ditunggu-tunggu karena telah berakhir masa kehamilan, tetapi dapat juga menimbulkan masalah bagi kesehatan ibu. Oleh karena itu dalam masa nifas perlu dilakukan pengawasan yang secara umum bertujuan untuk:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.

- 2) Melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi adanya masalah, megobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui ataupun pemberian imunisasi bagi bayi dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Astutik, 2015).

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), *human plasental lactogen*, *estrogen* dan *progesterone* menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar *estrogen* dan *progesteron* hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase *folikuler* dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil.

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) adalah:

1) *Puerperium* dini

Yang dimaksud dengan *puerperium* dini adalah masa kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berjalan. Pada masa tidak dianggap perlu lagi menahan ibu setelah persalinan terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah persalinan. Ibu nifas sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24-48 jam setelah persalinan. Keuntungan dari *puerperium* dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu dapat segera belajar merawat bayinya.

2) *Puerperium Intermedia*

Puerperium intermedia adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia eksterna dan interna yang lamanya 6-8 minggu. Alat genitalia tersebut meliputi *uterus*, bekas *implantasi plasenta*, luka jalan lahir, serviks, *endometrium* dan *ligamen-ligamen*.

3) *Remote Puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bagi ibu selama hamil atau melahirkan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan dan tahunan (Astutik, 2015).

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada masa nifas adalah:

- 1) Demam tinggi melebihi 38°C
- 2) Perdarahan vagina luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa/bila memerlukan penggantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.
- 3) Nyeri perut hebat/rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung, serta ulu hati.
- 4) Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan wajah, jari-jari atau tangan.
- 6) Rasa sakit, merah atau begnkak di bagian betis atau kaki.
- 7) Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam.

- 8) Puting payudara berdarah atau meretakan, sehingga sulit untuk menyusui.
- 9) Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.
- 10) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- 11) Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil.
- 12) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri sendiri.
- 13) Depresi pada masa nifas (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali kunjungan, dengan tujuan:

- 1) Kunjungan 1 (6-8 Jam Masa Nifas):
 - a) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- g) Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) Kunjungan 2 (6 Hari Masa Nifas):

- a) Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca persalinan.
- c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

3) Kunjungan 3 (2 Minggu Masa Nifas):

- a) Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.

- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan masa nifas.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
- 4) Kunjungan 4 (6 Minggu Masa Nifas):
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Walyani & Purwoastuti, 2015).

D. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dan umur kelahiran 37 minggu sampai 42 minggu dan Berat lahir 2.500 gram (Ilmiah, 2015). Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit lalu menurun ± 120 -140 x/menit.
- f. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup dan diliputi vernik caseosa.

- g. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- h. Kuku agak panjang dan lemas
- i. Genetalia perempuan labia mayor sudah menutupi labia minora untuk laki-laki testis sudah menurun.
- j. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- k. Gerak reflek baik, bila diletakkan suatu benda di atas tangan bayi akan menggenggam.
- l. Reflek moro sudah baik, urin dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, mekoneum hitam kecoklatan (Ilmiah, 2015).

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Penyesuaian sistem pernapasan
Penyesuaian yang paling kritis dan segera terjadi yang dialami bayi baru lahir adalah sistem pernapasan. Udara harus diganti oleh cairan yang mengisi saluran pernapasan sampai alveoli.
- 2) Penyesuaian sistem kardiovaskuler
Sistem sirkulasi jantung mulai berdenyut pada minggu ketiga kehamilan. Selama kehidupan janin, jantung mendistribusikan oksigen dan zat nutrisi yang disuplai melalui plasenta.
- 3) Termogenesis berarti produksi panas
Temperatur pada bayi saat lahir adalah sekitar 3 derajat lebih tinggi dari ibunya, namun pada detik kedua, terdapat penurunan yang tajam pada temperatur tubuh yang dikeluarkan melalui konveksi, evaporasi, konduksi dan radiasi.
- 4) Penyesuaian gastrointestinal
Sebelum lahir, janin cukup menghisap dan menelan air ketuban. Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir.
- 5) Penyesuaian sistem kekebalan tubuh

Pada masa awal kehidupan janin, sel-sel yang menyuplai imunitas janin sudah mulai berkembang. Namun, sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan. Bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibunya. Namun, bayi sangat rentan terhadap mikroorganisme, oleh karena itu bayi rentan terkena infeksi.

E. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2014).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel *sperma* (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Terdapat beberapa metode yang digunakan dalam kontrasepsi. Metode dalam kontrasepsi tidak ada satupun yang efektif secara menyeluruh. Meskipun begitu, beberapa metode dapat lebih efektif dibandingkan metode lainnya. Efektifitas metode kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan instruksi. Perbedaan keberhasilan metode juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna (mengikuti semua instruksi dengan benar dan tepat). Perbedaan efektifitas antara penggunaan tipikal dan penggunaan sempurna menjadi sangat bervariasi antara suatu metode kontrasepsi dengan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani & Rinawati, 2013).

Dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan klien, perlu dilakukan perencanaan keluarga dan penapisan klien. Dalam perencanaan keluarga ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu: seorang perempuan bisa melahirkan setelah ia

mendapat haid pertama; kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid; kehamilan yang terbaik dan risiko paling rendah risikonya adalah antara 20 – 35 tahun; persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya; jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2 – 4 tahun. Dalam pelaksanaan perencanaan keluarga tersebut ada tiga fase dalam pemilihan metode kontrasepsi rasional dengan urutan sebagai berikut, yaitu:

- a. Fase mencegah kehamilan yaitu umur kurang dari 20 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah pil, IUD, suntik dan implant.
- b. Fase menjarangkan kehamilan yaitu umur 20-35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah IUD, suntik, pil, implant.
- c. Fase tidak hamil lagi yaitu umur lebih dari 35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah kontap, IUD, implant, suntik dan pil (Kemenkes RI, 2014).

Kontrasepsi pasca persalinan

Kembalinya kesuburan perempuan pada keadaan pasca persalinan tidak terduga dan kadang dapat terjadi sebelum datangnya menstruasi. Rata-rata pada ibu yang tidak menyusui, ovulasi terjadi pada 45 hari pasca persalinan atau lebih awal dan 2 dari 3 ibu yang tidak menyusui akan mengalami ovulasi sebelum datangnya menstruasi. KB Pasca Persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB pasca persalinan. Tujuan pelayanan KB Pasca Persalinan adalah untuk mengatur jarak kelahiran, jarak kehamilan, dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan yang aman dan sehat. Hal ini didukung juga oleh Hasil Kajian

Health Technology Assessment (HTA) Indonesia, tahun 2009. KB pada periode menyusui dengan rekomendasi sebagai berikut :

- 1) Wanita pada periode menyusui direkomendasikan untuk menggunakan kontrasepsi sebelum terjadi ovulasi pertama kali sekitar 155 ± 45 hari.
- 2) Bahwa Pemberian ASI Eksklusif menunda terjadinya ovulasi.
- 3) Metode kontrasepsi progestin tidak mengganggu volume dan kandungan nutrisi Air Susu Ibu.
- 4) Kontrasepsi pil progestin (*progestin-only minipills*) dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) pasca persalinan.

Kontrasepsi suntikan progestin/ Depo Medroxy Progesteron Acetat (DMPA) pada minggu pertama (7 hari) atau minggu keenam (42 hari) pasca persalinan terbukti tidak menimbulkan efek negatif terhadap menyusui maupun perkembangan bayi. Penggunaan DMPA jangka panjang (>2 tahun) terbukti menurunkan densitas mineral tulang sebesar 5-10% pertahun. Namun, WHO merekomendasikan tidak adanya pembatasan lama penggunaan DMPA bagi wanita usia 18- 45 tahun. Tidak terdapat hubungan antara durasi penggunaan DMPA dengan peningkatan risiko kanker payudara. Kontrasepsi implan merupakan pilihan bagi wanita menyusui dan aman digunakan selama masa laktasi, minimal 4 minggu pasca persalinan AKDR pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi AKDR dalam 10 menit setelah ekspulsi plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uterus, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman.

Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi AKDR ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. AKDR 4 minggu pasca

persalinan aman dengan menggunakan AKDR copper T, sedangkan jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan. Penggunaan kontrasepsi kombinasi oral dalam 6 bulan pasca persalinan dapat menurunkan volume ASI pada wanita menyusui. Pada negara-negara dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi, MAL dapat direkomendasikan untuk digunakan. Metode Amenorea Laktasi (MAL) efektif mencegah kehamilan pada wanita menyusui pasca persalinan yang memenuhi kriteria sebagai berikut: amenorea, pemberian ASI eksklusif, proteksi terbatas pada 6 bulan pertama. MAL dapat dipertimbangkan penggunaannya pada daerah dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi (Kemenkes RI, 2014).

Jenis-Jenis Kontrasepsi

1) Pil Kombinasi

Monofasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama dan 7 tablet tanpa hormon. Bifasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon. Trifasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon. Cara kerjanya adalah menekan ovulasi; mencegah implantasi; mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma; pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu. Waktu memulai: setiap saat selagi haid; setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif; setelah 3 bulan bagi yang tidak menyusui; segera atau dalam 7 hari pasca keguguran. Keuntungan/Manfaat: siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, mudah dihentikan setiap saat, reversibel (kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan). Keterbatasan: mahal, harus diminum setiap hari, mengurangi ASI pada perempuan menyusui (Kemenkes RI, 2014).

2) Suntik

Kontrasepsi suntik sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Kembalinya kesuburan juga lebih lambat rata-rata 4 bulan. Kontrasepsi suntik cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- m. Depo Medroksi Progesteron Asetat (depo-provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).
- n. Depo Noretisteron Enantat (depo nositerat) yang mengandung 200 mg noretidron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular (Arum & Sujiyatini, 2011).

Suntik KB 3 bulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. Keluarga berencana suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian relatif lebih tinggi serta angka kegagalan relatif lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana. Yang termasuk dalam metode suntikan tiga bulan yaitu DMPA (*Depo Medroxy Progesterone Acetate*) yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara IM (Mulyani & Rinawati, 2013).

Mekanisme metode suntik KB tiga bulan yaitu menghalangi terjadinya *ovulasi* dengan jalan menekan pembentukan *releasing factor* dan *hipotalamus*. Leher *serviks* bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi *sperma* melalui *serviks uteri*. Menghambat *implantasi* ovum dalam *endometrium*. Efektifitas KB suntik 3 bulan sangat tinggi, angka kegagalan kurang dari 1%. Keuntungan metode suntik 3 bulan ini adalah:

- a) Efektifitas tinggi
- b) Sederhana pemakaiannya
- c) Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun)

- d) Cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak
- e) Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan jantung karena tidak mengandung hormon estrogen
- f) Dapat mencegah kanker *endometrium*, kehamilan *ektopik*, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
- g) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Mulyani & Rinawati, 2013).

Kekurangan metode kontrasepsi suntik 3 bulan adalah:

- a) Terdapat gangguan haid seperti *amenore* yaitu tidak datang haid pada setiap bulan selama menjadi akseptor KB suntik tiga bulan berturut-turut. *Spotting* yaitu bercak-bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti KB suntik 3 bulan. *Metroragia* yaitu perdarahan yang berlebihan di luar masa haid. *Menoragia* yaitu datangnya darah haid yang berlebihan jumlahnya.
- b) Timbulnya jerawat di badan atau wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam waktu jangka panjang.
- c) Berat badan yang bertambah 2,3 kilogram pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kilogram selama enam tahun.
- d) Pusing dan sakit kepala.
- e) Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan di bawah kulit (Mulyani & Rinawati, 2013).

Yang dapat menggunakan KB suntik 3 bulan adalah:

- a) Ibu usia reproduksi (20-35 tahun)
- b) Ibu pasca persalinan
- c) Ibu pasca keguguran
- d) Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
- e) Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk KB tubektomi
- f) Ibu yang sering lupa menggunakan KB pil
- g) Anemia defisiensi besi
- h) Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi

- i) Ibu yang sedang menyusui (Mulyani & Rinawati, 2013).

3) *Implant*

Kontrasepsi *implant* adalah alat kontrasepsi yang dipasang di bawah kulit. *Implant* efektif 5 tahun untuk *norplant*, 3 tahun untuk *jadena*, *indoplant* atau *implanon*. Selain itu, *implant* juga nyaman, dapat dipakai oleh semua ibu dalam semua usia reproduksi, namun pemasangan dan pencabutannya perlu pelatihan. Kesuburan juga akan segera kembali setelah *implant* dicabut. Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan *amenorea*. Namun *implant* aman dipakai pada masa laktasi.

Terdapat 4 jenis *implant* yaitu *norplant*, yang terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun. Kemudian *implanon* terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun. Yang terakhir adalah *jadena* dan *indomplant*. Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun.

Mekanisme dari kerja *implant* adalah :

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- c) Mengurangi transformasi sperma
- d) Menekan ovulasi (Dewi, 2013).

4) IUD

Intra Uterine Device (IUD) merupakan alat kontrasepsi paling banyak digunakan, karena dianggap sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun yaitu CuT – 380A). Namun pemasangan dan pencabutan membutuhkan pelatihan, dapat dipakai oleh

semua perempuan usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar penyakit menular seksual.

Cara kerja utama dari IUD adalah mencegah sperma bertemu sel telur serta mencegah implantasi atau tertanamnya sel telur dalam rahim. Mekanisme kerja IUD adalah sebagai berikut:

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitas.
- d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Dewi, 2013).

F. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan juga menerapkan fungsi dan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidan kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Sutanto & Fitriana, 2017). Langkah-langkah untuk memecahkan masalah berdasarkan Kompetensi Inti Bidan Indonesia, pendokumentasian dengan SOAP yang mengacu kepada Kepmenkes RI No. 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

Berdasarkan Permenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007, bahwa acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, mulai dari

pengkajian, perumusan diagnosa dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Bertujuan sebagai acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan; mendukung terlaksananya asuhan kebidanan berkualitas; parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan; dan perlindungan hukum bagi bidan dan klien/pasien.

a. Standar I : Pengkajian

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

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.
- 2) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnese: biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- 3) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untu menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan masalah kebidanan :

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien.
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan, baik secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

c. Standar III : Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria Perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis dan sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

e. Standar V : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria Evaluasi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam pemberian asuhan kebidanan. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamneses
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

1. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Metode SOAP

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Agar diketahui orang lain apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP. SOAP merupakan singkatan dari :

a. S (Data Subjektif)

- 1) Menggambarkan pendokumentasian pengumpulan data klien melalui anamnese
- 2) Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)
- 3) Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose. Pada orang yang bisu, dibagian data belakang "S" diberi tanda

“O” atau “X” ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnose yang dibuat.

b. O (Objektif)

- 1) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assesment.
- 2) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, vital sign, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium, dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).
- 3) Data ini memberi bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar-X, rekaman CTG, dan lain-lain) serta informasi keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang terdiri dari diagnose yang akan ditegakkan.

c. A (Assessment)

- 1) Masalah atau diagnose yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan klien terus terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian adalah suatu proses dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan klien.
- 2) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu

identifikasi : diagnosa/masalah. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien. Berdasarkan hasil analisa yang diperoleh. Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu. Kemudian dilakukan antisipasi masalah lain/diagnosa potensial.

d. P (Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. Untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam “P”.

1) Perencanaan

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi klien yang sebaik mungkin. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan klien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

2) Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

3) Evaluasi

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi focus dari ketepatan nilai tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar

untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga mencapai tujuan (Walyani, 2015).