

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif**

##### **2.1.1 Pengertian Asuhan Komprehensif**

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas, dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh (Syafrudin & Hamidah, 2009).

Asuhan kebidanan di komunitas adalah adalah bentuk-bentuk pelayanan kebidanan yang di lakukan di luar bagian atau pelayanan berkelanjutan dengan menekankan kepada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat.

##### **2.1.2 Tujuan Asuhan Komprehensif**

Pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan di masyarakat yang ditunjukkan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Jadi tujuan dari pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat sejahtera dalam komunitas tertentu.

### 2.1.3 Manfaat Asuhan Komprehensif

Dapat dijadikan motivator bagi masyarakat pada umumnya untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia, dan sejahtera. Dan dapat dijadikan motivator bagi klien dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, menyusui, nifas, dan KB.

## 2.2 Kehamilan

### 2.2.1 Pengertian Kehamilan

Definisi dari masa kehamilan dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir (Menurut Saifuddin, dalam Rukiyah *et al*, 2009).

### 2.2.2. Pemeriksaan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala yang di ikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang dilakukan (Depkes RI, dalam Rukiyah *et al*, 2009).

### 2.2.3 Tujuan Asuhan Kehamilan

2.2.3.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang ibu, dan tumbuh kembang bayi.

2.2.3.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.

2.2.3.3 Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

2.3.3.4 Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

2.3.3.5 Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.

2.3.3.6 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (JNPKKR/POGI, dalam Rukiyah *et al*, 2009).

#### 2.3.4 Standar Asuhan Kehamilan

Terdapat 8 standar dalam standar pelayanan antenatal Menurut Rismalinda (2015) :

##### 2.3.4.1 Standar 1 : Metode asuhan

Asuhan kebidanan dilakukan dengan metode manajemen kebidanan dengan langkah : Pengumpulan data dan analisis data, penentuan diagnosa perencanaan evaluasi dan dokumentasi.

##### 2.3.4.2 Standar 2 : Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan di analisis.

##### 2.3.4.3 Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

##### 2.3.4.4 Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah pembengkakan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS (Penyakit Menular Seksual) / infeksi *Humman Immuno Deficiency Virus* : memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

#### 2.3.4.5 Standar 5 : Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk pemeriksaan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan, serta melakukan rujukan tepat waktu.

#### 2.3.4.6 Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### 2.3.4.7 Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan melakukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsi lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

#### 2.3.4.8 Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

### 2.3.5 Pengkajian

2.3.5.1 Anamnesa meliputi identitas, riwayat pasien meliputi keluhan utama, riwayat kebidanan (menstruasi, siklus, volume, keluhan, gangguan kesadaran alat reproduksi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu), riwayat kesehatan, status perkawinan, pola makan, pola minum, pola istirahat, aktivitas sehari-hari, personal hygiene, seksual, keadaan lingkungan, respon keluarga

terhadap kehamilan ibu, pengetahuan ibu terhadap perawatan kehamilan, dan adat istiadat yang berkaitan dengan kehamilan.

2.3.5.2 Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik umum (keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital), pemeriksaan khusus obstetric (kepala, rambut, telinga, mata, hidung, mulut, leher, dada, perut, ekstremitas, genetalia, dan anus), dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dan pemeriksaan laboratorium (Hb, reduksi, dan albumin).

2.3.5.3 Pemeriksian penunjang (Ultrasonografi)

2.3.6 Pelayanan Standar yaitu 14 T

2.3.6.1 Ukur tinggi badan dan berat badan

2.3.6.2 Ukur tekanan darah

2.3.6.3 Ukur tinggi fundus uteri

2.3.6.4 Pemberian imunisasi TT

2.3.6.5 Pemberian tablet besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan

2.3.6.6 Tes terhadap penyakit menular seksual

2.3.6.7 Temu wicara/konseling

2.3.6.8 Tes/pemeriksaan hb

2.3.6.9 Tes/pemeriksaan urin protein

2.3.6.10 Tes reduksi urin

2.3.6.11 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)

2.3.6.12 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

2.3.6.13 Terapi yodium kapsul (Khusus daerah endemis gondok)

2.3.6.14 Terapi obat malaria

Pelayanan standar 10 T

2.3.6.1 Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

2.3.6.2 Pemeriksaan tekanan darah

2.3.6.3 Ukur lila

2.3.6.4 Pemeriksaan tinggi fundus

- 2.3.6.5 Tentukan presentasi dan DJJ janin
- 2.3.6.6 Skrining imunisasi TT
- 2.3.6.7 Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 2.3.6.8 Tes laboratorium
- 2.3.6.9 Tatalaksana kasus
- 2.3.6.10 Temu wicara (konseling), termasuk P4K serta KB paska persalinan

Pelayanan antenatal apabila suatu daerah tidak bisa melakukan 14 T, sesuai kebijakan dapat dilakukan standar minimal pelayanan ANC yaitu 7 T :

- 2.3.6.1 Timbang berat badan
- 2.3.6.2 Ukur tekanan darah
- 2.3.6.3 Ukur tinggi fundus uteri
- 2.3.6.4 Pemberian imunisasi TT lengkap
- 2.3.6.5 Pemberian tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablet setiap harinya
- 2.3.6.6 Lakukan tes Penyakit Menular Seksual (PMS)
- 2.3.6.7 Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Rukiyah *et al*, 2009).

### 2.3.7 Jadwal kunjungan *Antenatal Care* (ANC) 4 kali

Tabel 2.1 Kunjungan ANC

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa</li> <li>2. Mencegah masalah misal yaitu Tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya</li> <li>3. Membangun hubungan saling percaya</li> <li>4. Memulai persiapan kelahiran</li> <li>5. Kesiapan menghadapi komplikasi</li> <li>6. Mendorong perilaku sehat misal : (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).</li> </ol>
Trimester II	14-28 minggu	Sama dengan trimester I ditambah kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, proteinuria).
Trimester III	29-40 minggu	Sama dengan trimester I dan II ditambah deteksi

		kehamilan ganda, kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di Rumah Sakit.
--	--	---

Sumber : Rismalinda, (2015)

## 2.3.8 Hipertensi dalam Kehamilan

### 2.3.8.1 Pengertian

Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolic >140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam (Prawihardjo, 2014).

### 2.3.8.2 Klasifikasi

- a. Hipertensi kronik : adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pascapersalinan.
- b. Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.
- c. Eklamsia adalah preeklamsia yang disertai dengan kejang-kejang dan/atau koma.
- d. Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia adalah hipertensi kronik disertai tanda-tanda preeklamsia atau hipertensi kronik disertai proteinuria.
- e. Hipertensi *gestasional* (disebut juga *transient hypertension*) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsia tetapi tanpa proteinuria (Prawihardjo, 2014).

2.3.8.3 Menurut Prawihardjo (2014), terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan, yang dapat dikelompokkan dalam faktor risiko sebagai berikut :

- a. Primigravida, primipaternitas
- b. Hiperplasentosis, misalnya : mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes mellitus, hidrops fetalis, bayi besar
- c. Umur yang ekstrim
- d. Riwayat keluarga pernah preeklamsia/eklamsia
- e. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil
- f. Obesitas

2.3.8.4 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan secara umum menurut Pudiastuti (2012) yaitu :
  - 1) Menurunkan berat badan sampai berat badan ideal
  - 2) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolestrol darah tinggi
  - 3) Mengurangi konsumsi garam sampai kurang 2,3 gram natrium, atau 6 gram klorida setiap harinya (atau disertai asupan kalium, magnesium dan kalsium yang cukup) dan mengurangi alkohol
  - 4) Olahraga yang tidak terlalu berat
- b. Penanganan hipertensi dalam kehamilan tanpa protein urin
  - 1) Jika kehamilan <37 minggu, tangani segera rawat jalan

- a) Pantau tekanan darah, protein urin, dan kondisi janin setiap seminggu sekali
  - b) Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklamsia
  - c) Jika kondisi janin memburuk, atau terjadi pertumbuhan janin terlambat, rawat dan pertimbangkan terminasi kehamilan
- 2) Jika kehamilan >37 minggu, pertimbangkan terminasi
- a) Jika serviks matang, lakukan induksi dengan oksitosin 5 IU dalam 500 ml dekstrose IV 10 tetes / menit atau dengan prostaglandin
  - b) Jika serviks belum matang, berikan prostaglandin, misoprostol, atau kateterfoley, atau terminasi dengan seksio sesarea

## 2.3 Persalinan

### 2.3.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Lailiyana *et al*, 2008).

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta, dan ketuban melalui jalan lahir. Kala satu ppersalinan berlangsung sejak awal kontraksi uteri secara teratur sampai dilatasi serviks secara lengkap (Medforth *et al*, 2011).

### 2.3.2 Asuhan Persalinan

Menurut Lailiyana *et al*, (2008) ada 5 aspek benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan yaitu :

#### 2.3.2.1 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang efektif, aman, nyaman, dan dapat di terima oleh ibu bersalin maupun

keluarga. Prinsip umum asuhan sayang ibu yang harus diikuti bidan adalah :

- a. Merawat ibu dengan penuh hormat
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu, hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengarkan sama pentingnya dengan memberikan nasehat
- c. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan
- d. Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi
- e. Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum bidan melakukannya serta meminta izin terlebih dahulu
- f. Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu atau kepada siapa saja yang memerlukan informasi
- g. Selalu mendiskusikan rencana dan pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu
- h. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran, dan pasca bersalinan
- i. Mengizinkan menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan Dan kelahiran
- j. Menghindari penggunaan tindakan medis yang tidak perlu (episiotomy, pencukuran, dll)
- k. Memfasilitasi *bounding attachment*.

#### 2.3.2.2 Pencegahan infeksi

Memberikan asuhan yang bermutu tinggi, bidan harus melindungi pasien, diri sendiri, dan rekan kerjanya dari infeksi. Cara praktis, efektif, dan ekonomis dalam melakukan pencegahan infeksi meliputi mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, dan menggunakan pelindun,

serta pengolahan dan pembuangan sampah yang aman harus betul-betul diikuti oleh bidan selama penatalaksanaan asuhan kebidanan.

#### 2.3.2.3 Pengambilan keputusan klinis

Keputusan klinis yang dibuat bidan sangat menentukan dalam memastikan kelahiran yang aman. Dengan menggunakan proses penatalaksanaan kebidanan atau langkah-langkah dalam manajemen kebidanan yang benar, para bidan dapat secara sistematis mengumpulkan data, menilai data, dan membuat keputusan sehubungan dengan asuhan yang dibutuhkan pasien.

#### 2.3.2.4 Pencatatan

Dokumentasi memberikan catatan permanen mengenai manajemen pasien dan dapat menjadi pertukaran informasi (alat komunikasi) antar petugas kesehatan.

#### 2.3.2.5 Rujukan

Rujukan pada institusi yang tepat dan tepat waktu, untuk mendapat asuhan yang dibutuhkan akan menyelamatkan nyawa ibu. Walaupun kebanyakan ibu akan mengalami persalinan normal, namun sekitar 5-10% akan mengalami komplikasi. Sangat penting bagi bidan untuk mengenali masalah dan menentukan penanganan masalah tersebut serta merujuk ibu untuk mendapatkan pertolongan tepat waktu. Ketika membuat rujukan bidan harus ingat siapa, kapan, kemana, dan bagaimana merujuk agar ibu dan bayi tetap selamat. Persiapan rujukan dengan BAKSOKU (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, dan Uang).

### 2.3.3 Standar Pelayanan Kebidanan

Standar pelayanan kebidanan pertolongan persalinan menurut PP IBI (2006) yaitu :

#### 2.3.3.1 Standar 9 : Asuhan persalinan kala I

- 2.3.3.2 Standar 10 : Persalinan kala II yang aman
- 2.3.3.3 Standar 11 : Penatalaksanaan aktif kala III
- 2.3.3.4 Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy

#### 2.3.4 Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan meliputi terjadi *lightening*, terjadi his permulaan, terjadi his persalinan, pengeluaran lendir dan darah, dan pengeluaran cairan ketuban.

##### 2.3.4.1 *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a. Kontraksi *Braxton hicks*
- b. Ketegangan dinding perut
- c. ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin dengan kepala kearah bawah

##### 2.3.4.2 His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton hicks*. Kontraksi ini dapat dianggap sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesterone, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Seiring usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga oksitosin dapat memicu kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his palsu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasa nyeri ringan dibagian bawah</li> <li>• Datangnya tidak teratur</li> <li>• Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda</li> <li>• Durasi pendek</li> <li>• Tidak bertambah bila tidak beraktivitas</li> </ul>

#### 2.3.4.3 His persalinan

Sifat his persalinan meliputi :

- a. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
- b. Sifatnya teratur interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
- d. Makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah

#### 2.3.4.4 Pengeluaran lendir dan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

#### 2.3.4.5 Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menyebabkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Lailiyana *et al*, 2008).

### 2.3.5 Proses Persalinan

#### 2.3.5.1 Teori keregangan.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Misalnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga memicu proses persalinan.

#### 2.3.5.2 Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta mulai terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, ketika terjadi penimbunan jaringan ikat,

pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah penurunan progesteron pada tingkat tertentu.

#### 2.3.5.3 Teori oksitosin internal

Penurunan konsentrasi progesteron akibat usia kehamilan, aktivitas oksitosin dapat meningkat, sehingga persalinan mulai terjadi.

#### 2.3.5.4 Teori prostaglandin

Pemberian prostaglandin saat kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi di keluarkan.

#### 2.3.5.5 Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Pada percobaan linggin (1973) menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus, sehingga disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dengan persalinan (Lailiyana, 2008).

### 2.3.6 Tahapan Persalinan

#### 2.3.6.1 Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

##### a. Fase laten

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- 2) Pembukaan serviks secara bertahap
  - 3) Biasanya berlangsung hingga 8 jam
- b. Fase aktif
- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali dalam 10 menit dan lamanya 40 detik atau lebih).
  - 2) Serviks membuka dari 4 sampai 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm/jam atau lebih hingga pembukaan lengkap (10 cm).
  - 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin

#### 2.3.6.2 Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan serviks 10 cm (lengkap) sampai dengan lahirnya bayi. Gejala kala II atau pengeluaran adalah :

- a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang di tandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya *fleksus frankenhauser*
- d. Kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka vagina dan tampak *suboksiput* sebagai *hipolnoction*
- e. Lamanya kala II pada primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit

#### 2.3.6.3 Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit, dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan

plasenta pada lapisan *nitabusch*, karena sifat retraksi otot rahim.

Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini :

- a. Uterus menjadi bundar
- b. Tali pusat bertambah panjang
- c. Keluar darah

#### 2.3.6.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi :

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan (Lailiyana *et al*, 2008).

### 2.3.7 Asuhan Persalinan Normal

2.3.7.1 Asuhan persalinan normal 60 langkah menurut JNPK-KR (2012) yaitu :

- a. Mendengar dan melihat adanya gejala dan tanda kala II
  - 1) Pasien merasa adanya dorongan ingin meneran
  - 2) Pasien merasakan adanya tekanan yang meningkat pada rectum dan vagina
  - 3) Perineum tampak menonjol
  - 4) Vulva dan spingter ani tampak membuka
- b. Memastikan perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.

- c. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
- d. Melepaskan dan menyimpan perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dibawah air yang mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk kecil pribadi.
- e. Memakai sarung tangan DTT pada tangan.
- f. Memasukan oksitosin ke spuit (gunakan yang memakai sarung tangan DTT), pastikan tidak terkontaminasi dengan spuit.
- g. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air atau disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi, langkah #9).
- h. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.selaput ketuban belum pecah sementara pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- i. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudiaqn lepaskan sarung tangan terbalik selama 10 menit, cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas.

- j. Memeriksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi untuk memastikan DJJ dalam keadaan normal (120-160 kali permenit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- k. Memberitahu pasien dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik. Bantu pasien mengatur posisi nyaman sesuai dengan keinginannya.
  - 1) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan dengan pemantauan kondisi dan kenyamanan pasien serta janinnya (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif), dokumentasi kedalam partograf
  - 2) Menjelaskan kepada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada pasien untuk meneran secara benar.
- l. Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran. Rasa ingin meneran, bantu pasien untuk beralih keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan nya dan pastikan bahwa ia merasa nyaman.
- m. Membimbing pasien untuk meneran pada saat merasa ada dorongan kuat untuk meneran
  - 1) Membimbing pasien agar dapat meneran dengan benar dan efektif
  - 2) Mendukung dan member semangat pasien pada saat meneran, perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - 3) Membantu pasien untuk mengambil posisi nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali

posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

- 4) Menganjurkan pasien untuk istirahat saat tidak ada kontraksi
  - 5) Menganjurkan kepada keluarga untuk member semangat kepada pasien
  - 6) memberikan cairan
  - 7) Menilai DJJ setiap kontraksi selesai
  - 8) Menganjurkan pasien untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang diinginkan jika tidak ada merasa dorongan meneran selama 60 menit
  - 9) Melakukan tindakan rujukan jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pasien meneran selama 120 menit (2 jam) pada primigravida dan 1 jam pada multigravida
- n. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
- o. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diatas perut pasien, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- p. Meletakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian dibawah bokong pasien
- q. Membuka partus set
- r. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- s. Melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, setelah tampak kepala bayi dengan bukaan vulva 5-6 cm. melakukan penekanan pada perineum dengan gaya

tekanan kebawah dan kedalam sedangkan tangan yang lain menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan pasien untuk meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal.

- t. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat, ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Segera lanjutkan proses kelahiran bayi
  - 1) Tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat abgian atas kepala bayi
  - 2) Tali pusat melilit leher dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
- u. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- v. Jika kepala sudah melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal dan anjurkan pasien untuk meneran saat ada kontraksi. Lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas atau distal untuk melahirkan bahu belakang
- w. Bahu lahir, geser tangan kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas
- x. Badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
- y. Melakukan penilaian selintas :

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan
  - 2) Apakah bayi bergerak aktif
- z. Meringankan tubuh bayi, membungkus kepala dan badan kecuali tali pusat.
- aa. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal)
- bb. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- cc. 1 menit setelah bayi lahir, suntik oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum penyuntikan)
- dd. Waktu 2 menit setelah bayi lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusat bayi, kemudian jari telunjuk proksimal dari pusat bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya. Gunakan jari telunjuk dan dengan tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
- ee. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- ff. Meletakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi
- gg. Memindahkan klem tali pusat sehingga jarak 5-10 cm dari vulva
- hh. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simpisis, untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

- ii. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus kearah dorsokranial dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur. Jika uterus tidak berkontraksi meminta ibu atau seseorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu
- jj. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial)
  - 1) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
  - 2) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit
    - a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
    - b) Menilai kandung kemih dan lakukan kateterisasi
    - c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
    - d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
    - e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

- kk. Plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- ll. Setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus teraba keras
- mm. Periksa kedua sisi plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia
- nn. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perenium. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan
- oo. Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik serta tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- pp. Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan keringkan dengan handuk yang bersih dan kering
- qq. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong.
- rr. Mengajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
- ss. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- tt. Memeriksa nadi dan tekanan darah ibu, pastikan ibu dalam keadaan baik

- uu. Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
  - 1) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
  - 2) jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
  - 3) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- vv. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Kemudian cuci bilas
- ww. Buang semua bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- xx. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
- yy. Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum atau makan.
- zz. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
- aaa. Membersihkan sarung tangan didalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- bbb. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

- ccc. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- ddd. Dalam 1 jam pertama lakukan penimbangan bayi, member tetes mata profilaksis, vit K 1 mg IM dipaha kiri bawah maternal, lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi, dan suhu tubuh bayi setiap 15 menit
- eee. Setelah 1 jam suntikan vit K dipaha kiri dan hepatitis B satu jam kemudian dipaha kanan. Letakkan bayi didekat ibu agar ibu mudah menyusukan
- fff. Mencilupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin dan lepaskan secara terbalik didalam larutan klorin 0,5% rendam selama 10 menit
- ggg. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan tangan dengan handuk. Lepaskan APD
- hhh. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

### 2.3.8 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Partograf harus di gunakan baik tanpa maupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinnya mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinis yang sesuai dan tepat waktu.

Tabel 2.2 Ketentuan pencatatan yang dipantau dalam partograf

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
-----------	------------	------------

Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperatur/suhu	setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi uterus	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Perubahan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan kepala	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Urine	Setiap 2-4 jam	Setiap 2 jam

Sumber : Rohani et al, (2011)

Menurut Rohani *et al*, (2011) hal-hal yang harus dicatat penolong persalinan yaitu :

#### 2.3.8.1 Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian atas partograf secara teliti saat memulai asuhan persalinan. Catat waktu kedatangan, catat waktu terjadinya pecahnya ketuban.

#### 2.3.8.2 keselamatan dan kenyamanan bayi

##### a. DJJ

Nilai dan catat denyut jantung setiap 30 menit. Catat dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik-titik tersebut dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal DJJ adala 120 sampai 160 kali permenit.

##### b. Warna dan adanya air ketuban

nilai air dan warna ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam. Gunakan lambing-lambang berikut dalam partograf :

- 1) U : Ketuban utuh (belum pecah)
- 2) J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

- 3) M : Ketuban sudah pecah dan bercampur mekonium
- 4) D : Ketuban sudah pecah dan bercampur darah
- 5) K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban

c. Moulage (penyusupan tulang kepala janin)

Nilai penyusupan kepala janin setiap kali melakukan pemeriksaan dalam. Catat temuan di kotak yang sesuai di bawah jalur air ketuban. Gunakan lambing-lambang berikut :

0 : sutura terpisah, 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat atau bersesuaian, 2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat dipisahkan, 3 : sutura tumpang tindih tetapi tidak dapat dipisahkan.

### 2.3.8.3 Kemajuan persalinan

a. Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan-pembukaan serviks setiap 4 jam setiap melakukan pemeriksaan dalam. Beri tanda "X" pada garis waktu yang sesuai.

b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai dan catat turunannya bagian terbawah atau presentasi janin. Berikan tanda "O" pada garis yang sama garis yang menunjukkan pembukaan serviks dan waktu yang sesuai.

c. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada pembukaan lengkap. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8

kotak atau 4 jalur ke sisi kiri kanan. Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan.

#### 2.3.8.4 Jam dan waktu

Catat waktu mulai fase aktif persalinan sampai pembukaan lengkap.

#### 2.3.8.5 Kontraksi uterus

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi yang ibu rasakan selama 10 menit.

#### 2.3.8.6 Obat-obatan

Jika memakai oksitosin, catat banyaknya oksitosin pervolume cairan infuse dan tetesan permenitnya. Catat juga obat-obatan lain apa saja yang diberikan.

#### 2.3.8.7 Kesehatan dan kenyamanan ibu

Nilai nadi ibu setiap 30 menit selama masa aktif persalinan, tekanan darah setiap 4 jam, suhu tubuh setiap 2 jam. Ukur dan catat juga jumlah produksi urine ibu minimal setiap 2 jam.

## 2.4 Bayi Baru Lahir (BBL)

### 2.4.1 Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah & Yulianti, 2012).

### 2.4.2 Tanda Bayi Baru lahir Normal

Menurut Maryanti *et al*, (2011) tanda-tanda dari bayi baru lahir normal yaitu :

#### 2.4.2.1 Berat badan 2500-4000 gram

- 2.4.2.2 Panjang badan lahir 48-52 cm
- 2.4.2.3 Lingkar dada 30-38 cm
- 2.4.2.4 Lingkar kepala 33-35 cm
- 2.4.2.5 Menangis kuat
- 2.4.2.6 Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 x permenit, kemudian menurun sampai 120-140 kali permenit
- 2.4.2.7 Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80 kali permenit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali permenit
- 2.4.2.8 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*
- 2.4.2.9 Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 2.4.2.10 Kuku telah agak panjang dan lemas
- 2.4.2.11 Genetalia : labia mayora telah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki)
- 2.4.2.12 Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 2.4.2.13 Reflek moro sudah baik, bayi bila di kagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk
- 2.4.2.14 Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama

### 2.4.3 Penilaian

Pengkajian bayi baru lahir menggunakan skor apgar. Dalam mengkaji nilai apgar dilakukan observasi (Deslidel *at al*, 2011).

- 2.4.3.1 Tampilan bayi :
  - a. Apakah seluruh tubuh bayi berwarna merah muda (2)
  - b. Apakah tubuh merah muda, tetapi ekstremitas biru (1)
  - c. Apakah seluruh tubuh bayi pucat atau biru (0)
- 2.4.3.2 Hitung frekuensi jantung dengan mempalpasi umbilicus atau meraba bagian atas dada bayi bagian apeks dengan

dua jari. Hitung denyut nadi selama 6 detik kemudian kalikan 10. Tentukan apakah frekuensi jantung >100 kali permenit (2), <100 kali permenit (1), atau tidak ada (0). Bayi yang berwarna merah muda, aktif, dan bernafas cenderung memiliki frekuensi jantung lebih dari 100 kali per menit.

2.4.3.3 Respons bayi diperiksa untuk mengetahui rasa haus/sentuhan dan mengisap. Respons terhadap stimulus dapat berupa respons menangis (2), mencoba menangis (merintih) (1), atau tidak ada respons (0).

2.4.3.4 Tonus otot bayi. Observasi jumlah aktivitas dan tingkat fleksi ekstremitas

- a. Gerakan aktif menggunakan fleksi ekstremitas yang baik (2)
- b. Adakah fleksi ekstremitas (1)
- c. Apakah bayi lemas (0)

2.4.3.5 Upaya bernafas yang dilakukan bayi, observasi

- a. Apakah baik dan kuat (biasanya dilihat dari tangisan) (2)
- b. Apakah pernafasan bayi lambat dan tidak teratur (1)

Tabel 2.3 Penilaian Apgar Skor

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (Warna)	Biru, pucat	Badan pucat, tungkai biru	Semuanya merah muda
<i>Pulse</i> (Denyut jantung)	Tidak ada	<100 kali per menit	>100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Rangsangan)	Tidak ada	Menyeringai	Menangis
<i>Activity</i> (Tonus otot)	Lemas	Fleksi sedikit	Bergerak aktif fleksi tungkai baik
<i>Respiratory</i> (Kemampuan bernafas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber : Deslidel at al, (2011)

- 2.4.3.6 Apgar dapat digunakan untuk mengingat kelima variabel :
- a. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi baik
  - b. Nilai 4-6 menunjukkan adanya depresi sedang, membutuhkan beberapa jenis tindakan resusitasi
  - c. Nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera memerlukan bantuan ventilasi.

2.4.4 Penampilan bayi baru lahir

- 2.4.4.1 Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling, perlu dikurangi rangsangan terhadap reaksi rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan, atau suara mainan.
- 2.4.4.2 Keaktifan. Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan yang simetris pada waktu bangun.
- 2.4.4.3 Simetris, apakah secara keseluruhan badan seimbang. kepala : apakah terlihat simetris, dan apakah ada benjolan.
- 2.4.4.4 Muka atau wajah : Bayi tampak ekspresi. Mata : perhatikan kesimetrisan antara mata kanan dan kiri.
- 2.4.4.5 Mulut : penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada bulut bayi.
- 2.4.4.6 Leher, dada, abdomen : melihat adanya cedera akibat persalinan, perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernafasan bayi.
- 2.4.4.7 punggung : adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Bahu, tangan, sendi, tungkai : perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak).
- 2.4.4.8 Kulit dan kuku : dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan.

- 2.4.4.9 Kelancaran menghisap dan pencernaan : harus diperhatikan tinja dan kemih, diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tampak keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap untuk konsultasikan untuk pemeriksaan lebih lanjut.
- 2.4.4.10 Reflek : reflek *rooting*, bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Reflek *sucking*, terjadi apabila benda menyentuh bibir, yang disertai reflek menelan. Reflek *morro*, timbul pergerakan tangan simetris seperti merangkul apabila kepala tiba-tiba digerakan.
- 2.4.4.11 Berat badan : sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Rukiyah & Lia, 2012)

#### 2.4.5 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebainya bayi langsung diletakan didada ibu nya sebelum bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologi yang dalam antara ibu dan ank. Penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan memang baik bagi bayi. Naluri bayi akan membimbingnya saat baru lahir. Satu jam pertama setelah bayi dilahirkan, insting bayi membawanya untuk mencari putting sang bunda.perilaku bayi tersebut dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusu Dini (Rukiyah & Lia, 2012).

Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini menurut Rukiyah & Lia (2012), yaitu :

- 2.4.5.1 Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan

- 2.4.5.2 Hindari penggunaan oobat kimiawi dalam proses persalinan
- 2.4.5.3 Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih (*verniks*)
- 2.4.5.4 Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi didada atau perut ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi kemudian selimuti keduanya agar tidak kedinginan
- 2.4.5.5 Anjurkan ibu untuk memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting susu
- 2.4.5.6 Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya
- 2.4.5.7 Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal 1 jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum terjadi proses menyusui hingga 1 jam, biarkan bayi berada didada ibu sampai proses menyusui pertama berakhir
- 2.4.5.8 Tunda tindakan lain seperti menimbang, mengukur, dan memberikan suntikan vitamin K1 sampai proses menyusui pertama selesai
- 2.4.5.9 Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus diupayakan meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi atau tindakan lain
- 2.4.5.10 Berikan ASI saja tanpa minuman atau cairan lain, kecuali ada indikasi medis yang jelas.

#### 2.4.6 Perawatan Tali Pusat

Nasehat untuk merawat tali pusat menurut Rukiyaah & Lia (2012) adalah :

- 2.4.6.1 Jangan membungkus tali pusat atau mengoles cairan/ bahan apapun ke tali pusat
- 2.4.6.2 Beri nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi :

- a. Lipat popok dibawah tali pusat
- b. Tali pusat yang kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT, sabun, dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih
- c. Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan kepetugas atau fasilitas kesehatan, jika pusat menjadi merah, bernanah, dan atau berbau
- d. Pangkal tali pusat (pusat bayi) menjadi berdarah, merah meluas atau mengeluarkan nanah dan tatau berbau segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir.

#### 2.4.7 Pencegahan infeksi Mata

Pencegahan infeksi dengan menggunakan Salep Tetrasiklin 1%. Salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis ini tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran. Berikan salep mata dalam 1 garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju keluar mata. Pada saat pemberian ujung salep mata tidak boleh menyentuh mata bayi dan jangan menghapus salep dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuuk tidak menghapus obat-obat tersebut (Rukiyah & Lia, 2012).

#### 2.4.8 Pemberian Vitamin K<sub>1</sub>

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K<sub>1</sub> dan injeksi 1 mg IM dipaha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin k yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Rukiyah & Lia, 2012).

#### 2.4.9 Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis b regimen tunggal sebanyak 3 kali, pada uusia 0 bulan (segera setelah lahir), usia 1 bulan, dan usia 6 bulan; atau pemberian regimen kombinasi sebanyak 4 kali pada usia 0 bulan,

usia 2 bulan (DPT+Hepatitis B), usia 3 bulan, usia 4 bulan pemberian imunisasi Hepatitis B.

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi Anak

Jenis Vaksin	Jumlah vaksin	Selang waktu pemberian	Sasaran
BCG	1 kali		Bayi 0-11 bulan
Combo (DPT+HB)	3 kali (Combo 1,2,3)	4 minggu	Bayi 2-11 bulan
Polio	3 kali (Polio 1,2,3,4)	4 minggu	Bayi 2-11 bulan
Campak	1 kali		Anak 9-11 bulan

Sumber : Rukiyah & Lia, (2012)

#### 2.4.10 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda bahaya BBL menurut Rukiyah & Lia, (2010) bila ditemukan hal berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan :

- 2.4.10.1 Bayi sulit bernafas, atau nafas lebih dari 60 x/menit
- 2.4.10.2 Bayi tidak mau menyusu, sulit menghisap, atau hisapannya lemah
- 2.4.10.3 Latergi
- 2.4.10.4 Bayi tidur terus tanpa bangun untuk makan
- 2.4.10.5 Warna kulit kebiruan, atau berwarna sangat kuning
- 2.4.10.6 Suhu terlalu panas atau terlalu dingin
- 2.4.10.7 Berperilaku abnorman atau tidak seperti biasanya
- 2.4.10.8 Tidak buang air besar selama tiga hari pertama setelah lahir
- 2.4.10.9 Mual muntah terus
- 2.4.10.10 Perut bengkak
- 2.4.10.11 Tinja hijau tua atau berdarah, dan berlendir
- 2.4.10.12 Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.

#### 2.4.11 Standar Pelayanan Kebidanan

Standar pelayanan penanganan kegawatan obstetrik dan neonatal menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (2006), yaitu :

#### 2.4.11.1 Standar 13 : Perawatan bayi baru lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

#### 2.4.11.2 Standar 24 : Penanganan asfiksia neonaturum

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, dan mengusahakan bantuan medis yang di perlukan dan memberikan perawatan lanjutan.

#### 2.4.12 Standar Kunjungan Bayi Baru Lahir

Standar kunjungan padaa bayi baru laahir adalah sebagai berikut :

2.4.12.1 Kunjungan Neonatal I (KN I). Pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir

2.4.12.2 Kunjungan Neonatal II (KN II). Pada minggu pertama (pada hari ke-3 sampai hari ke-7)

2.4.12.3 Kunjungan Neonatal III (KN III). Pada hari ke-8 sampai hari ke-28).

## 2.5 Nifas

### 2.5.1 Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) atau masa *postpartum* adalah mulai setelah partus atau melahirkan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh otot genetalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Astutik, 2015)

### 2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

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 secara umum bertujuan untuk :

- 2.5.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis
- 2.5.2.2 Melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi adanya masalah, pengobatan atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- 2.5.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui maupun pemberian imunisasi bagi bayi dan perawatan bayi sehat
- 2.5.2.4 Memberikan pelayanan keluarga berencana (Prawihardjo, 2002. Dalam Astutik, 2015)

### 2.5.3 Standar Asuhan Nifas

#### 2.5.3.1 Standar pelayanan kebidanan

Terdapat 3 (tiga) standar dalam pelayanan nifas menurut Pengurus Pusat IBI Jakarta (2006) antara lain :

a. Standar 13 : Perawatan bayi baru lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

b. Standar 14 : Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang

hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

c. Standar 15 : Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.3.2 Program dan kebijakan teknis masa nifas

Menurut Astutik (2015), kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali kunjungan, dengan tujuan :

a. Kunjungan I (6-8 jam masa nifas)

- 1) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan membantu rujukan bila perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*
- 4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

- 7) 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
- b. Kunjungan II (6 hari masa nifas)
- 1) Memastikan *involution uteri* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, *fundus* dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau
  - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca persalinan
  - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
  - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat
- c. Kunjungan III (2 minggu masa nifas)
- 1) Memastikan *involution uteri* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, *fundus* dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau
  - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan masa nifas
  - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
  - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat

d. Kunjungan IV (6 minggu masa nifas)

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini  
(Astutik, 2015)

2.5.4 Masa Nifas Normal

Masa nifas normal jika *involutio uteri*, pengeluaran *lochea*, pengeluaran ASI dan perubahan system tubuh, termasuk keadaan psikologis normal dan kembali seperti keadaan sebelum hamil

2.5.4.1 *Involutio uteri* normal

*Uterus* secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involutio*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses *involutio uteri* dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 2.5 Tinggi fundus *uterus* dan berat *uterus*

<i>Involutio</i>	TFU	Berat <i>uterus</i>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber : Astutik, (2015)

2.5.4.2 Pengeluaran *lochea* normal

Beberapa jenis *lochea* yang terdapat pada wanita pada masa nifas menurut Astutik (2015), yaitu :

- a. *Lochea rubra* (*cruenta*) : berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel

desisua, *vernix caseosa*, *lanugo*, dan *mekonium* selama 2 hari nifas

- b. *Lochea sanguinolenta* : berwarna kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 nifas
- c. *Lochea serosa* : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke-7 sampai hari ke-14 nifas
- d. *Lochea alba* : Cairan putih, lendir keluar setelah 2 minggu masa nifas

Selain *lochea* diatas, ada jenis *lochea* yang tidak normal, yaitu :

- a. *Lochea parulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- b. *Locheastasis* : *Lochea* tidak lancar keluar

#### 2.5.4.3 Cara menyusui yang benar

- a. Waktu menyusui

Menyusui *on-demand* adalah menyusui kapanpun bayi meminta atau kapanpun dibutuhkan oleh bayi (artinya akan lebih banyak dari rata-rata menyusui). Menyusu *on-demand* merupakan cara terbaik untuk menjaga produksi ASI tetap tinggi dan bayi tetap kenyang.

- b. Langkah-langkah menyusui yang benar

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyusui dengan sabun dan air mengalir
- 2) Masase payudara dimulai dari *korpus* menuju *aerola* sampai terasa lemas/lunak
- 3) ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *aerola*
- 4) Bayi diletakan menghadap perut ibu/payudara
  - a) Ibu duduk atau berbaring santai

- b) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan
  - c) Satu tangan bayi diletakan dibelakang badan ibu dan yang satu didepan
  - d) Perut bayi menempel pada badan ibu, kepala bayi menghadap payudara
  - e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
  - f) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
- 5) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian oleskan pada puting susu dan *aerola*, dan biarkan kering untuk menghindari puting lecet ataupun pecah-pecah
  - 6) Sendawakan bayi dengan cara menggendong bayi tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung bayi ditepuk perlahan-lahan atau bayi ditidurkan tengkurap dipangkuan ibu kemudian punggung bayi ditepuk perlahan-lahan
  - 7) Periksa keadaan payudara, adakah perlukaan atau pecah-pecah atau terbenyung

#### 2.5.4.4 Kebutuhan dasar ibu nifas

##### a. Nutrisi dan cairan

- 1) Memberitahu ibu bahwa pada masa nifas nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan ASI.
- 2) Memberitahu ibu bahwa ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :
  - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari

- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat besi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan
- e) Minum kapsul Vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan Vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b. Mobilisasi

pada masa nifas, ibu nifas sebaiknya melakukan ambulasi dini (*early ambulation*) yakni segera bangun dari tempat tidur dan bergerak agar lebih kuat dan lebih baik setelah beberapa jam melahirkan. *Early ambulation* sangat penting dalam mencegah *thrombosis vena* selain itu juga melancarkan sirkulasi peredaran darah dan pengeluaran *lochea*.

c. Eliminasi

- 1) BAK dalam 6 jam postpartum
- 2) BAB setelah hari ke-2 postpartum

d. Kebersihan diri

- 1) membersihkan daerah kelamin. Bersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari arah depan kebelakang kemudian membersihkan daerah anus
- 2) Ganti pembalut setidaknya dua kali sehari. Cuci tangan dengan air dan sabun sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin

e. Istirahat dan tidur

Melahirkan merupakan rangkaian peristiwa yang memerlukan tenaga, sehingga setelah melahirkan ibu merasa lelah sehingga memerlukan istirahat yang cukup, yaitu sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

f. Seksualitas

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka *coitus* bisa dilakukan pada 3-4 minggu postpartum.

g. Senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas (Astutik, 2015).

## 2.5.5 Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

### 2.5.5.1 Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ciri-ciri yang bisa diperlihatkan adalah :

- a. Ibu nifas masih pasif dan sangat terikat
- b. Fokus perhatian ibu pada dirinya sendiri
- c. Ibu nifas lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami sehingga pengalaman selama proses persalinan diceritakan secara berulang-ulang dan lebih suka didengarkan

- d. Kebutuhan tidur meningkat, sehingga diperlukan istirahat yang cukup karena baru saja melalui proses persalinan yang melelahkan
- e. Nafsu makan meningkat

#### 2.5.5.2 *Taking hold*

Fase *taking hold* berlangsung mulai hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas. Adapun ciri-ciri fase ini adalah :

- a. Ibu nifas sudah bisa menikmati peran sebagai seorang ibu
- b. Ibu nifas mulai belajar merawat bayi tetapi masih membutuhkan orang lain untuk membantu
- c. Ibu nifas lebih berkonsentrasi pada kemampuannya menerima tanggung jawab terhadap perawatan bayi
- d. Ibu nifas merasa khawatir akan ketidakmampuan serta tanggung jawab dalam merawat bayi
- e. Perasaan ibu nifas sangat sensitive sehingga mudah tersinggung, maka diperlukan komunikasi dan dukungan yang positif dari keluarga selain bimbingan dan dorongan tenaga kesehatan.

#### 2.5.5.3 *Letting go*

Fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat ibu nifas sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu nifas sudah bisa menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggung jawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri serta bertanggung jawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat (Astutik, 2015).

#### 2.5.6 Tanda Bahaya Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu :

- 2.5.6.1 Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan kabur
- 2.5.6.2 Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan

- 2.5.6.3 Rasa sakit, merah atau bengkak dibagian betis atau kaki
- 2.5.6.4 Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam
- 2.5.6.5 Puting susu berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui
- 2.5.6.6 Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah
- 2.5.6.7 Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
- 2.5.6.8 Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil
- 2.5.6.9 Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri sendiri
- 2.5.6.10 Demam tinggi hingga melebihi 38<sup>0</sup>C
- 2.5.6.11 Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa) disertai penggumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.
- 2.5.6.12 Nyeri perut hebat atau rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati.

## **2.6 Asuhan KB**

### **2.6.1 Pengertian**

Menurut Suratun *et al*, (2008) keluarga Berencana (KB) adalah sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah, serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi.

### **2.6.2 Tujuan**

Tujuan Gerakan KB Nasional adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Sasaran Gerakan KB Nasional ialah PUS (Pasangan Usia Subur) dengan laju pertumbuhan, dengan prioritas PUS, pelaksanaan dan pengelola KB, sasaran wilayah adalah wilayah dengan laju penduduk tinggi dan wilayah khusus seperti sentra industri, pemukiman padat, daerah kumuh, daerah pantai, dan daerah terpencil.

#### 2.6.3 Standar Pelayanan Kebidanan (Pengurus Pusat IBI, 2006)

##### 2.6.3.1 Standar 1 : Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang baik.

##### 2.6.3.2 Standar 15 : Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan KB.

#### 2.6.4 Cara Kerja

Ada bermacam-macam alat kontrasepsi, tapi pada umumnya mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

## 2.6.5 Jenis Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi menurut Suratun *et al*, (2008) yaitu :

### 2.6.5.1 Metode sederhana

- a. Metode kalender
- b. Metode suhu basal badan
- c. Metode Amenorrea Laktasi (MAL)
- d. Coitus Interruptus

### 2.6.5.2 Metode sederhana dengan alat

- a. Kondom
- b. Spermiside
- c. vagina diafragma

### 2.6.5.3 Kontrasepsi hormonal

- a. Kontrasepsi pil
  - 1) Pil Kombinasi
  - 2) Pil progestin

- b. Kontrasepsi suntik
  - 1) Suntikan kombinasi
  - 2) Suntikan progestin

- c. Implant

### 2.6.5.4 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

### 2.6.5.5 Kontrasepsi mantap

- a. Tubektomi
- b. Vasektomi

## 2.6.6 Suntik Satu Bulan (Kombinasi)

### 2.6.6.1 Pengertian

Suntik kombinasi adalah 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol siplonat yang diberikan injeksi IM (intramuskular) sebulan sekali, dan 50 mg noretridon enantat dan 5 mg estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali

#### 2.6.6.2 Cara kerja

- a. Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum
- b. Mengentalkan lendir serviks, sehingga sulit ditembus spermatozoa
- c. Mengganggu peristaltik tuba fallopii, sehingga konsepsi dihambat
- d. Mengubah suasana endometrium, sehingga tidak sempurna untuk implantasi hasil konsepsi (I.A.C Manuaba , 2010).

#### 2.6.6.3 Kelebihan suntik kombinasi

- a. Resiko terhadap kesehatan kecil
- b. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c. Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- d. jangka panjang
- e. Efek samping sangat kecil
- f. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

#### 2.6.6.3 Kekurangan suntik kombinasi

- a. Perubahan pola haid : tidak teratur, perdarahan bercak
- b. Awal pemakaian : mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- c. Ketergantungan akan pelayanan kesehatan
- d. Efektivitas turun jika interaksi dengan obat : epilepsy (fentoin, barbituran) atau obat tuberculosis (rifampisin)

#### 2.6.6.4 Indikasi suntik kombinasi

- a. Usia reproduksi
- b. Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
- c. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- d. Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
- e. Pasca persalinan dan tidak menyusui
- f. Anemia
- g. Nyeri haid hebat
- h. Haid teratur
- i. Riwayat kehamilan ektopik
- j. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

#### 2.6.6.5 Kontra indikasi suntik kombinasi

- a. Hamil atau di curigai hamil
- b. Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
- c. perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- d. Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- e. Usia >35 tahun yang merokok
- f. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg) (Suratun *et al*, 2008)

#### 2.6.6.6 Waktu mulai menggunakan suntik kombinasi

- a. Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid, tidak diperlukan kontrasepsi tambahan
- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari

- c. Bila klien tidak haid maka pastikan tidak hamil, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau gunakan kontrasepsi lain
- d. pasca bersalin 6 bulan, menyusui dan belum haid maka harus dipastikan tidak hamil dan suntikan dapat diberikan
- e. Pasca bersalin <6 bulan, menyusui serta telah mendapatkan haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid hari 1 dan 7

#### 2.6.6.7 Efek samping suntik kombinasi

- a. Amenorea
- b. Singkirkan kehamilan, jika hamil lakukan konseling, bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim
- c. Mual / pusing / muntah
- d. Pastikan tidak hamil, informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling / rujuk
- e. spotting
- f. Jelaskan merupakan hal biasa tetapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

## 2.7 Pre Eklamsia

### 2.7.1 Pengertian

Pre eklamsia didefinisikan sebagai terjadinya peningkatan tekanan darah yang disertai dengan proteinuria dalam kehamilan. Diagnosis ditegakan setidaknya dilakukan 2 kali pengukuran dengan hasil terjadi peningkatan tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg, atau diastolic lebih besar atau sama dengan 90 mmhg (pribadi *et al*, 2015)

### 2.7.2 Klasifikasi Pre Eklamsia

#### 2.7.2.1 Pre Eklamsia Ringan (PER)

a. Pengertian

Pre eklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Sujiyatini *et al*, 2009)

b. Patofisiologi

Penyebab pre eklamsia ringan belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai “*maladaptation syndrome*” akibat vasospasme general dengan segala akibat.

c. Gejala klinis

gejala klinis pre eklamsia ringan meliputi :

- 1) Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih, diastoli 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg, diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg
- 2) Proteinuria secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+2)
- 3) Edema pada *pretibia*, dinding abdomen, *lumbosakral*, wajah atau tangan
- 4) Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut
- 5) Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda pre eklamsia berat (Sujiyatini *et al*, 2009).

d. Pemeriksaan dan diagnosis

- 1) Kehamilan lebih 20 minggu

- 2) Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan pemeriksaan 2 kali selang 6 jam dalam keadaan istirahat (untuk pemeriksaan pertama dilakukan 2 kali setelah istirahat 10 menit)
- 3) Edema tekan pada tungkai (*pretibial*), dinding perut, *lumbosakral*, wajah atau tungkai
- 4) Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24 jam, kualitatif (++)

e. Penatalaksanaan

- 1) Kehamilan preterm (kurang 37 minggu)
  - a) Bila desakan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm
  - b) Bila desakan darah turun tetapi belum mencapai normotensitif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih

- 2) Kehamilan aterm (37 minggu atau lebih)
  - a) Persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan (Sujiyatini *et al*, 2009).

- 3) Cara persalinan
  - a) Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II

2.7.2.2 Pre Eklamsia Berat (PEB)

a. Pengertian

Pre eklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan/atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Sujiyatini, 2009).

b. Gejala klinis

Menurut Pribadi *et al* (2015), gejala pre eklamsia berat meliputi gejala klinis dibawah ini :

- 1) Tekanan darah >160/110 mmHg pada 2 kali pemeriksaan setidaknya dalam rentang 6 jam dengan pasien keadaan tirah baring
- 2) Proteinuria >5 g/24 jam atau dipstick >2+ dalam 2 kali pemeriksaan secara acak sedikitnya dalam rentang selama 4 jam
- 3) Oliguria selama 24 jam <500 mL
- 4) Gangguan serebral atau gangguan penglihatan
- 5) Edema *pulmoner* atau sianosis
- 6) Sakit bagian epigastrik atau atas abdomen
- 7) Gangguan fungsi hepar
- 8) Trombositopenia

c. Pengobatan medisinal

Pengobatan medisinal pasien pre eklamsia berat yaitu

- 1) Segera masuk rumah sakit
- 2) Tirah baring miring kesatu sisi. Tanda vital diperiksa setiap 30 menit, reflex patella setiap jam
- 3) Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infuse RL (60-125 cc/jam) 500 cc
- 4) Antasida

- 5) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- 6) Pemberian obat anti kejang : Magnesium sulfat
- 7) Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau edema anasarka. Diberikan furosamid injeksi 40 mg/IM
- 8) Antihipertensi diberikan bila :
  - a) Desakan darah sistolis lebih 180/110 mmHg . sasaran pengobatan adalah tekanan diastolic kurang 105 mmHg (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta
  - b) Dosis antihipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya
  - c) Bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parenteral (tetes kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infuse atau press disesuaikan dengan tekanan darah
  - d) Bila tidak tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet antihipertensi secara sublingual diulang selang 1 jam, maksimal 4-5 kali. Bersama dengan awal pemberian sublingual maka obat yang sama mulai diberikan secara oral.
- 9) Pemberian magnesium sulfat
  - a) Dosis awal sekitar 4 gram MgSO<sub>4</sub> IV (20% dalam 20 cc) selama 1 gr/menit kemasam 20% dalam 25 cc larutan MgSO<sub>4</sub> (dalam 3-5 menit). Diikuti segera 4 gram di bokong kiri

dan 4 gram dibokong kanan (40% dalam 10 cc).

- b) Dosis ulang : diberikan 4 gram IM 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gram IM setiap 6 jam dimana pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak melebihi 2-3 hari.
- c) Syarat-syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>
  - (1) Tersedia antidotum MgSO<sub>4</sub> yaitu calcium glucunat 10% 1 gram (10% dalam 10 cc) diberikan intravenous dalam 3 menit
  - (2) reflex patella positif kuat
  - (3) Frekuensi pernafasan lebih 16 kali permenit
  - (4) Produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/kgBB/jam)

d. Penatalaksanaan

Menurut Sujiyatini *et al*, (2009) ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala pre eklamsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi :

- 1) Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medisinal. Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan *fetal assessment* (NST & USG)

Indikasi :

- a) Ibu
  - (1) Usia kehamilan 37 minggu atau lebih

(2) Adanya tanda-tanda atau gejala *impending* eklamsia, kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan meditasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medicinal, ada gejala-gejala status *quo* (tidak ada perbaikan)

b) Janin

(1) Hasil fetal assessment jelek (NST & USG)

(2) Adanya tanda IUGR

c) Laboratorium

(1) Adanya "*Hellp Syndrome*" (hemolis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia)

2) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal

a) Indikasi : Bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda *impending* eklamsia dengan keadaan janin

b) Pengobatan medicinal : sama dengan perawatan medicinal pada pengelolaan aktif. Hanya loading dose MgSO<sub>4</sub> tidak diberikan intravenous, cukup IM saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.

c) Pengobatan obstetric :

(1) Selama perawatan konservatif : observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi

- (2) MgSO<sub>4</sub> dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda-tanda pre eklamsia ringan, selambat-lambatnya dalam 24 jam
  - (3) Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap pengobatan medisinal gagal dan harus di terminasi
  - (4) Bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO<sub>4</sub> 20% 2 gram intravenous
- d) Penderita dipulangkan bila ;
- (1) Penderita kembali ke gejala-gejala tanda-tanda pre eklamsia ringan dan telah dirawat selama 3 hari
  - (2) Bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan pre eklamsia ringan : penderita dapat dipulangkan dan dirawat sebagai pre eklamsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu)

## **2.8 IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*)**

### **2.8.1 Definisi**

IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*) atau kematian janin dalam uterus adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan, kematian dinilai dengan fakta bahwa sesudah dipisahkan dari ibunya janin tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan, seperti

denyut jantung, pulsasi tali pusat, atau kontraksi otot (Monintja dalam Maryunani dan Eka, 2013).

Kematian janin dalam kandungan adalah kematian janin ketika masing-masing berada dalam rahim yang beratnya 500 gram atau lebih dan usia kehamilan 20 minggu atau lebih (Achadiat dalam Maryunani dan Eka, 2013).

#### 2.8.2 Etiologi

Menurut Mochtar dalam Maryunani dan Eka, (2013) lebih dari 50% kasus, etiologi kematian janin dalam kandungan tidak ditemukan atau belum diketahui penyebabnya dengan pasti. Beberapa penyebab yang bisa mengakibatkan kematian janin dalam kandungan, antara lain :

2.8.2.1 Perdarahan : plasenta previa dan solusio plasenta

2.8.2.2 Preeklamsia dan eklamsia

2.8.2.3 Penyakit-penyakit kelainan darah

2.8.2.4 Penyakit infeksi dan penyakit menular

2.8.2.5 Penyakit saluran kencing

2.8.2.6 Penyakit endokrin : Diabetes Millitus

2.8.2.7 Malnutrisi

Menurut Nugroho, (2012) penyebab kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut :

2.8.2.1 Kehamilan diatas usia 36 minggu pada ibu dengan penyakit kencing gula (DM)

2.8.2.2 Mungkin terjadi lilitan tali pusat yang menimbulkan kematian

2.8.2.3 Gangguan nutrisi menjelang kehamilan cukup bulan

2.8.2.4 Kehamilan dengan perdarahan

2.8.2.5 Kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari

Sedangkan menurut Prawihardjo, (2014) pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan faktor maternal, fetal, atau kelainan fatologik plasenta.

#### 2.8.2.1 Faktor maternal

- a. Posterm (>42 minggu)
- b. Diabetes mellitus tidak terkontrol
- c. Infeksi
- d. Hipertensi
- e. Preeklamsia
- f. Umur ibu tua
- g. Kematian ibu

#### 2.8.2.2 Faktor Fetal

- a. Hamil kembar
- b. Hamil tumbuh terlambat
- c. Kelainan congenital
- d. Kelainan genetik
- e. Infeksi

#### 2.8.2.3 Faktor Plasenta

- a. Kelainan tali pusat
- b. Lepasnya plasenta
- c. Ketuban pecah dini

#### 2.8.3 Batas Kematian Janin

Kematian janin dibagi dalam 4 golongan :

2.8.3.1 Kelompok I : Kematian janin sebelum kehamilan 20 minggu

2.8.3.2 Kelompok II : Kematian janin pada umur kehamilan 20-28 minggu

2.8.3.3 Kelompok III : Kematian janin pada umur kehamilan lebih dari 28 minggu

2.8.3.4 Kelompok IV : Kematian janin yang tidak termasuk tiga golongan diatas (Nugroho, 2012).

#### 2.8.4 Diagnosis

Menurut Maryunani & Eka (2013), diagnosis kematian janin dalam kandungan dapat di tegakkan dengan hal berikut :

#### 2.8.4.1 Anamnesis

- a. Ibu tidak merasakan gerakan janin dalam beberapa hari, atau gerakan janin sangat berkurang
- b. Ibu merasakan perutnya tidak bertambah besar, bahkan bertambah kecil atau kehamilan tidak seperti biasa
- c. Ibu merasakan belakangan ini perutnya sering menjadi keras dan merasa sakit-sakit seperti mau melahirkan

2.8.4.2 Inspeksi : Tidak kelihatan gerakan-gerakan janin, yang biasanya dapat terlihat terutama pada ibu yang kurus

#### 2.8.4.3 Palpasi

- a. Tinggi fundus lebih rendah dari seharusnya tua kehamilan, tidak teraba gerakan-gerakan janin
- b. Dengan palpasi yang teliti, dapat dirasakan adanya krepitasi pada tulang kepala janin

2.8.4.4 Auskultasi : baik memakai stetoskop, monoral maupun dengan doptone tidak terdengar denyut jantung janin (DJJ)

2.8.4.5 Reaksi kehamilan : Reaksi kehamilan baru negative setelah beberapa minggu janin mati dalam kandungan

#### 2.8.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk menentukan kematian janin dalam kandungan antara lain :

2.8.5.1 Ultrasonografi : Tidak ditemukan DJJ (Denyut Jantung Janin) maupun gerakan janin, seringkali tulang-tulang letaknya tidak teratur, khususnya tulang tengkorak sering dijumpai *overlapping* cairan ketuban berkurang

#### 2.8.5.2 Rontgen foto abdomen

- a. Tanda spalding :

- 1) Tanda spalding menunjukkan adanya tulang tengkorak yang saling tumpang tindih (*overlapping*) karena otak bayi yang sudah mencair
  - 2) Hal ini terjadi setelah bayi meninggal beberapa hari dalam kandungan
- b. Tanda *nojosk* : Tanda ini menunjukkan tulang belakang janin yang saling melenting (hiperpleksi)
  - c. Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah
  - d. Pemeriksaan darah lengkap

#### 2.8.6 Penanganan Kematian janin

Penanganan kematian janin dalam kandungan dapat dilakukan dengan 2 cara (Maryunani & Eka, 2013) Yaitu :

##### 2.8.6.1 Penanganan pasif

- a. Menunggu persalinan spontan dalam waktu 2-4 minggu
- b. Pemeriksaan kadar fibrinogen setiap minggu

##### 2.8.6.2 Penanganan aktif

- a. Untuk janin yang usianya 12 minggu atau kurang dapat dilakukan dilatasi atau kuretasi
- b. Untuk rahim yang usia lebih dari 12 minggu, dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin. Untuk oksitosin diperlukan pembukaan serviks dengan pemasangan kateter foley intra uterus selama 24 jam.

#### 2.8.7 Pencegahan

2.8.7.1 Periksa kehamilan sekurang-kurangnya 4 kali yaitu pada trimester I satu kali, pada trimester II satu kali, dan pada trimester III dua kali. Keadaan yang merupakan tanda bahaya dan perlu segera dilaporkan oleh ibu hamil :

- a. Perdarahan lewat jalan lahir

- b. Pembengkakan muka, kaki, atau jari kaki
- c. Sakit kepala berat, kaku kuduk secara terus menerus
- d. Penglihatan kabur
- e. Nyeri perut
- f. Muntah terus menerus
- g. Demam
- h. Keluar cairan banyak lewat jalan lahir
- i. Tidak merasakan gerakan janin

#### 2.8.7.2 Makan dengan nilai gizi yang baik

Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, kematian janin dalam rahim, partus prematurus, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis (Nugroho, 2013).