

LAPORAN PRAKTEK KLINIK KEBIDANAN

**ASUHAN KEBIDANAN NY “Y” G₁P₀A₀DENGAN ANEMIA RINGAN
DAN OLIGOHIDRAMNION PADA MASA BERSALIN, NIFAS
DAN BAYI BARU LAHIRDI RSUD**

dr. SLAMET GARUT

2018



Disusun Oleh :

YUNIRA

NIM.CK.1.16.086

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

BANDUNG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.'Y' G1P0A0 41
MINGGU JANIN HIDUP TUNGGAL INTRAUTERIN DENGAN ANEMIA
RINGAN DAN OLIGOHIDRAMNION DI RSUD. SLAMET GARUT
TAHUN 2018**

Disusun oleh :

YUNIRA

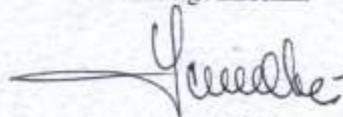
NIM CK 1.116.086

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
STIKes BHAKTI KENCANA BANDUNG**

Telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing dan telah diperkenankan untuk
diujikan.

Bandung,

Pembimbing Akademik



(Iceu Mulyati, M.Keb)

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.'Y' G1P0A0 41
MINGGU JANIN HIDUP TUNGGAL INTRAUTERIN DENGAN ANEMIA
RINGAN DAN OLIGOHIDRAMNION DI RSU DR.SLAMET GARUT
TAHUN 2018**

Disusun oleh :

YUNIRA

NIM CK 1.116.086

Telah diujikan didepan Tim Penguji
STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada

Hari: Senin,

Tanggal: 11 Maret 2019

Penguji I



(SRI AYU A.S. ST.M.Keb)

Penguji II



(NING HAYATI, S. ST.M.Keb)

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Kebidanan



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb

IDENTITAS MAHASISWI
STIKes BHAKTI KENCANA BANDUNG
TINGKAT III SEMESTER V TAHUN AJARAN 2018-2019

NAMA : YUNIRA
NIM : CK.1.16.086
TEMPAT,TANGGAL LAHIR : CIANJUR, 16 OKTOBER 1997
NO TLP/HP : 087823935911
ALAMAT : KP.CIGURIANG HILIR RT 03 RW 04
DESA
CANGKUANG WETAN, KECAMATAN
DAYEUKOLOT KABUPATEN
BANDUNG



BANDUNG 18, JANUARI 2019

YUNIRA
CK.1.16.086

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayah serta inayah kita, khususnya bagi penulis karena berkat rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Lapoaran Praktik Kebidanan dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.Y.G₁P₀A₀DENGAN ANEMIA RINGAN DAN OLIGOHIDRAMNION DI RSUD dr. SLAMET GARUT TAHUN 2018”. Yang merupakan tugas dari Institut Pendidikan STIKes Bhakti Kencana Bandung sebagai salah satu syarat mengikuti ujian studi kasus.

Laporan praktek klinik kebidanan ini disusun sebagai hasil kajian yang dilaksanakan atas dasar pemahaman dari teori yang didapat dengan kegiatan penelitian dilapangan dalam rangka menambah wawasan dalam penemuan hal-hal baru yang sebelumnya belum didapat di Rumah Sakit tersebut. Laporan Praktek Kebidanan ini diharapkan dapat bermanfaat khususnya bagi penulis umumnya bagi yang membaca laporan ini.

Atas penyelenggaraan ini penulis juga tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis sehingga dapat terselesainya Laporan Praktek Klinik Kebidanan, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhiguna Bhakti Kencana Bandung.
2. Siti Jundiah, selaku Ketua Stikes Bahkti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaela sari,S.ST,M.Keb, selaku Ketua Prodi Kebidanan STIKES Bahkti Kencana Bandung.
4. Iceu Mulyati,S.ST,M.Keb, selaku Pembimbing Akademik dalam menyusun studi kasus ini yang telah memberikan waktu dan arahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
5. Kedua orang tua dan kakak ku yang tiada henti memberikan do'a dan dukungan kepada penulis.
6. Semua teman seperjuangan di Kebidanan yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam penulisan studi kasus ini.

7. Pasien Ny. Y dan keluarga yang bersedia bekerjasama dan memberikan informasi selama pembuatan studi kasus ini.

Akhirnya penulis menyadari bahwa masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang sangat diharapkan oleh penulis guna perbaikan di masa yang akan datang, semoga studi kasus ini dapat diterima dan bermanfaat bagi semua pihak. Amin.

Bandung, 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
IDENTITAS MAHASISWA.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.4.1 Manfaat Bagi Penulis	5
1.4.2 Manfaat Bagi Pendidikan.....	5
1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktek.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Anemia.....	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Penyebab Anemia	6
2.1.3 Mekanisme Terjadinya Anemia	7
2.1.4 Tanda dan Gejala	8
2.1.5 Akibat Anemia Pada Ibu.....	8
2.1.6 Akibat Anemia Pada Janin	9
2.1.7 Akibat Anemia Pada Persalinan	10
2.1.8 Akibat Anemia Pada Masa Nifas	10
2.1.9 Gambaran Klinis	11
2.1.10 Klarifikasi	11

2.1.11 Penatalaksanaan	13
2.1.12 Penanganan Ibu Bersalin Pada Anemia	15
2.2 Oligohidramnion	18
2.2.1 Pengertian Oligohidramnion	18
2.2.2 Penyebab Oligohidramnion	18
2.2.3 Mekanisme Oligohidramnion	19
2.2.4 Tanda dan Gejala Oligohidramnion.....	20
2.2.5 Diagnose Oligohidramnio.....	21
2.2.6 Akibat Oligohidramnion.....	22
2.2.7 Penatalaksanaan Oligohidramnion	22
2.3 Kehamilan Serotinus.....	23
2.3.1 Pengertian kehamilan Serotinus	23
2.3.2 Penyebab Kehamialn Serotinus	24
2.3.3 Mekanisme Kehamilan Serotinus	25
2.3.4 Tanda dan Gejala Serotinus	26
2.3.5 Akibat Serotinus Pada Ibu	27
2.3.6 Akibat serotinus pada janin	27
2.3.7 Akibat Serotinus Pada Janin.....	28
2.3.8 Penatalaksanaan Serotinus	29
2.3.9 Penanganan Persalinan Pada Ibu Dengan Serotinus	29
2.4 Persalinan	31
2.4.1 Definisi Persalinan.....	31
2.4.2 Jenis-jenis persalianan	32
2.4.4 Fakto-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.....	33
2.4.5 Tanda-Tanda Persalinan	42
2.5 Nifas.....	45
2.5.1 Definisi Nifas	45
2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	45

2.5.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas	46
2.5.4 Perubahan Fisiologi Pada Nifas	47
2.5.5 Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas	57
2.6 Bayi Baru Lahir	58
2.6.1 Pengertian Bayi Baru Lahir Normal	58
2.6.2 Penanganan Bayi Baru Lahir.....	59
2.7 Induksi Persalian.....	61
2.8 Ruptur Uteri	65
2.9 Peran Bidan	68
2.8 Pendokumentasian	69
BAB III TINJAUAN KASUS	79
3.1 Ilustrasi Kasus	79
3.2 Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin	81
3.2.1 Asuhan Kala I.....	81
3.2.2 Asuhan Kala II	91
3.2.3 Asuhan Kala III.....	93
3.2.4 Asuhan Kala IV	95
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	99
3.3.1 Post Partum 15 Jam (Kf 1).....	99
3.3.2 Post Partum 6 Jam (Kf II).....	
.....	105
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	
.....	110
3.4.1 Asuhan Bayi Baru Lahir 1 Menit	
.....	110
3.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir 1 Jam(KN I)	
.....	113
3.4.3 Asuhan Bayi Baru Lahir 6 hari(KN II).....	
.....	120
3.4.4 Asuhan Kebidanan Bayi 3 Minggu(KN III)	

.....	123
BAB IV PEMBAHASAN.....	
.....	126
4.1 Apakah Diagnosa Sesuai Dengan Teori	
.....	126
4.1.1 Penegakan Diagnosa Anemia Ringan dan Oligohidramnion.....	
.....	126
4.2 Penatalaksanaan Anemia Ringan dan Oligohidramnion Pada Ibu Bersalin, Nifas dan BBL.....	
.....	130
4.2.1 Penanganan Pada Ibu Bersalin.....	
.....	130
4.2.2 Penanganan pada ibu Nifas.....	
.....	132
4.2.3 Penatalaksanaan Pada Ibu Bayi Lahir	
.....	134
4.3 Apakah Peran Bidan Sudah Sesuai	134
4.4 Apakah Pendokumentasian Sudah sesuai	
.....	136
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
.....	138
5.1 Kesimpulan	
.....	138
5.2 Saran	
.....	138
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN.....	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih jauh dari target yang dicapai pada tahun 2015 sesuai dengan kesepakatan sasaran pembangunan millenium. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia pada angka 359 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat yaitu 19 per 1000 kelahiran hidup (**kemenkesRI 2014**)

Angka kematian ibu Provinsi Jawa Barat berdasarkan laporan dari kabupaten/kota tahun 2016 tercatat jumlah kematian ibu maternal yang

terlaporkan sebanyak 799 orang(84,78/100.000 KH), dengan proporsi kematian pada ibu hamil 227 orang (20,09/100.000), pada ibu bersalin 202 orang (21,43/100.000 KH), dan pada ibu nifas, 380 orang(40,32/100 KH), jika dilihat berdasarkan kelompok umur presentasi kematian pada kelompok umur < 20 tahun sebanyak 71 orang kelompok umur 20-34 tahun sebanyak 509 orang dan >35 tahun sebanyak 219 orang. (DinasKesehatanProvinsijawabarat2016 2016).

Anemia adalah keadaan ketika kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit turun dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, kondisi ini sering disebut kurang darah karena kadar sel darah merah (hemoglobin atau Hb) dibawah nilai normal. Penyebabnya bisa karena kekurangn gizi untuk pembentukan darah, misalnya zat besi, asam folat dan vitamin B12.

Prevalensi anemia pada wanita hamil di indonesia berkisar 20-80 %, tetapi pada umumnya banyak penelitian yang menunjukkan prepalensi anemia pada wanita hamil yang lebih besar dari 50 % juga banyak dilaporkan bahwa prepalansi anemia pada trimester 3 berkisar 50-70 %.

Anemia yakni suatu kondisi dimana jumlah dan ukuran sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin dibawah nilai batas normal, akibatnya dapat mengganggu kapasitas darah untuk mengangkut oksigen kesekitar tubuh. Anemia merupakan indicator untuk gizi buruk dan kesehatan yang buruk. Anemia pada ibu hamil sangat terkait dengan mortalitas dan morbiditas pada ibu dan bayi, termasuk risiko keguguran, lahir mati, prematuritas dan dan berat bayi lahir rendah.(WHO 2014)

Adapun kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal salah satunya oligohidramnion. Oligohidramnion merupakan suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu 500 ml yang mempunyai resiko terjadinya gawat janin. Dari hasil penelitian Lumentut A dan H. M. M. Tendean (2015) dengan judul Resiko Maternal dan Luar Perinatal dengan Rata-rata umur maternal yang mengalami oligohidramnion pada kehamilannya, yaitu 30 tahun.

Cairan amnion memiliki beberapa peran selama kehamilan, cairan ini menciptakan ruangan fisik bagi tulang janin untuk terbentuk secara normal, membantu perkembangan paru janin normal, dan membantu mencegah kompresi tali pusat. Volume cairan amnion yang menurun beberapa minggu terakhir kehamilan dapat memungkinkan terkait dengan penurunan fungsi plasenta, disebabkan oleh tekanan pada tali pusat. Volume cairan amnion yang rendah juga dikaitkan dengan beberapa kasus cairan bercampur mekonium kental, yang pada neonatus dapat menimbulkan masalah pneumonia akibat aspirasi mekonium.

Dalam suatu penelitian, insiden oligohidramnion terbanyak ditemukan pada primigravida (55%). Dan morbiditas operatif juga kebanyakan ditemukan pada primigravida (36 kasus). Penurunan volume cairan amnion atau oligohidramnion berhubungan dengan kondisi ibu atau janin seperti pada keadaan hipertensi, pertumbuhan janin terhambat atau kelaianan bawaan, sindroma aspirasi mekonium, skor APGAR rendah Lumentut A dan H. M. M. (Tendean 2015).

Penyebab terbanyak oligohidramnion adalah idiopatik 42%.Kedua terbanyak didapatkan pada kelompok dengan hipertensi dalam kehamilan 35%.Adanya hubungan peningkatan seksio sesarea pada oligohidramnion dengan NST non-reaktif 36%. Penyebab terbanyak seksio sesarea adalah gawat janin (39,62%).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu dari akhir kehamilan, persalinan asuhan konservatif untuk ibu dengan anemia ringan, sampai akhir nifas serta bayi baru lahir. Secara mandiri dengan pendalaman manajemen kebidanan dan melakukan studi kasus dengan judul“ Asuhan kebidanan komprehensif Ny “Y” G₁P₀A₀ 41 minggu janin hidup tunggal intrauterin dengan Anemia Ringan di RSUD dr Slamet Garut tahun 2018.

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalahnya adalah “Asuhan Kebidanan Pada Ny.”Y” G₁P₀A₀ 41 Minggu Janin Hidup Tunggal Intrauterin dengan Anemia Ringan dan Oligohidramnion Gravida Di RSUD Dr. Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalahnya adalah “Asuhan Kebidanan Pada Ny.”Y” G₁P₀A₀ Gravida 41 Minggu Janin Hidup Tunggal Intrauterin Dengan Kehamilan Anemia Ringan dan Oligohidramnion Di RSUD Dr. Slamet Garut.”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman secara nyata, serta dapat memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif, dan berstandar pada ibu bersalin dengan kehamilan Anemia Ringan dan Oligohidramnion melakukan asuhan pada masa nifas dan pada bayi baru lahir.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Pengkaji mampu menentukan diagnosa pada persalinan, dan bayi baru lahir dengan anemia ringan dan oligohidramnion.
2. Pengkaji mampu mengetahui penanganan yang tepat untuk persalinan pada anemia ringan dan oligohidramnion.
3. Pengkaji mampu mengetahui peran bidan dalam pertolongan persalinan dengan anemia ringan dan oligohidramnion.
4. Pengkaji mampu membuat pendokumentasian dengan menggunakan tehnik SOAP.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Penulis tentang Kehamilan Anemia Ringan

Dapat meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan pola pikir dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan anemia dan dapat menerapkan pelayanan praktik asuhan kebidanan dilapangan sesuai dengan teori dan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan dan praktek lapangan.

1.4.2 Manfaat Bagi Pendidikan tentang Kehamilan Anemia Ringan

Dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan informasi untuk pendidikan lanjutan dan meningkatkan pengetahuannya pada ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan kehamilan anemia ringan dan oligohidramnion.

1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktek tentang Kehamilan Anemia Ringan

Sebagai bahan masukan dalam proteksi dini, pencegahan dan penanggulangan pada pasien dengan masalah pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Mampu menerapkan teori dalam kehidupan nyata, langsung dan berkesinambungan serta mendapatkan tambahan ilmu pengetahuan, terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir tentang kehamilan anemia ringan dan oligohidramnion.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Anemia

2.1.1. Pengertian

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

trimester ke 2.(Prawirohardjo 2002)

2.1.2. Penyebab

Penyebab anemia adalah kurang gizi (Mal nutrisi) kurang zat besi, mal absorpsi, kehilangan darah yang banyak, penyakit kronis seperti TBC, cacingan dan malaria. Pengaruhnya dalam kehamilan adalah keguguran dan partus prematurus. Penanganan dengan pemberian preparat 60 mg perhari dapat menaikkan kadar hb sebanyak 1 gr/ % / bulan. Kini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 60 mg asam folat untuk propilaksis anemia (sarwono prawirohardjo, 2002) anemia dapat terjadi bila tubuh kita tidak membuat sel darah merah secukupnya. Anemia juga disebabkan kehilangan atau kerusakan pada sel tersebut. Ada beberapa paktor yang menyebabkan anemia.

1. Kekurangan zat besi vitamin B12 atau asam folat, kekurangan asam folat dapat menyebabkan jenisanssemia yang disebut megaloblastik, dengan sel darah merah yang benar dengan warna muda
2. Kerusakan pada sum-sum tulang atau ginjal.
3. Kehilangan darah akibat perdarahan dalam atau siklus haid perempuan.
4. Penghancuran sel darah merah (Anemia Hemolitik).

(Varney,1997 : 374).

2.1.3Mekanisme Terjadinya Anemia

Sum-sum tulang membuat sel darah merah proses ini membutuhkan zat besi,dan vitamin B12 dan asam folat, eritropoitein

merangsang pembuatan sel darah merah . Epo adalah hormon yang dibuat oleh ginjal ,saat hamil volume darah dalam tubuh meningkat sekitar 50%, ini karena tubuh memerlukan tambahan darah untuk mensuplai oksigen dan makanan bagi pertumbuhan janin. Meningkatnya volume darah berarti meningkat pula jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk memproduksi sel – sel darah merah.Selama hamil dibutuhkan zat besi sebanyak 800mg dimana 500mg digunakan untuk penambahan sel darah merah ibu dan 300mg untuk janin dan plasenta.

2.1.4 Tanda dan Gejala

- a) Lemah,letih lesu,mudah lelah dan lunglai
- b) Wajah tampak pucat
- c) Mata berkunang – kunang
- d) Nafsu makan berkurang
- e) sulit berkonsentrasi
- f) sering sakit

Anemia dapat berdampak sebagai berikut :

1. Berkurangnya daya pikir dan konsentrasi
2. Berkurangnya prestasi
3. Berkurangnya semangat belajar dan bekerja
4. Menurunnya produktivitas kerja
5. Menurunnya kebugaran tubuh
6. Mudah terserang penyakit

7. Dapat mengakibatkan bayi prematur (BBLR)

2.1.5 Akibat Anemia Pada Ibu

Kemungkinan besar ia akan mengalami banyak gangguan, misalnya mudah pingsan mudah mengalami keguguran atau proses melahirkan yang berlangsung lama akibat kontraksi yang tidak bagus.

Bahaya selama kehamilan adalah :

1. Dapat terjadi abortus
2. Persalinan prematurus
3. Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
4. Mudah terjadi infeksi
5. Ancaman decompensasi cordis (Hb <6gr%)
6. Mola hidatidosa
7. Hiperemesis gravidarum
8. Perdarahan antepartum
9. Ketuban pecah dini

2.1.6 Akibat Anemia Pada Janin

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibu, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk :

- a) Abortus
- b) IUFD
- c) Persalinan prematuritas tinggi
- d) BBLR
- e) Kelahiran dengan anemia
- f) Dapat terjadi cacat bawaan
- g) Bayi mudah terkena infeksi sampai kematian perinatal

2.1.7 Akibat Anemia Pada Persalinan

1. Partus lama
2. Gangguan his dan gangguan mendedan
3. Kala uri memanjang sehingga dapat terjadi retensio plasenta
4. Kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

2.1.8 Akibat Anemia Pada Masa Nifas

1. Subinvolusi uteri
2. Perdarahan postpartum
3. Infeksi nifas
4. Penyembuhan luka perineum cukup lama
5. Produksi ASI rendah

2.1.9 Gambaran Klinis

Anemia timbul perlahan-lahan, pada awalnya gejala yang ada mungkin ringan atau tidak sama sekali. Saat gejala bertambah berat dapat timbul tanda anemia diantaranya : kulit, mukosa, gusi dan kuku jari pucat, sedangkan gejala yang timbul adalah: lemah, mengantuk, pusing, lelah, sakit kepala, rasa tidak enak dilidah, nafsu makan berkurang, mual dan muntah (Varney 2004). Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

- a) Hb 11 gr% : tidak anemia
- b) Hb 9-10 gr% : anemia ringan
- c) Hb 7-8 gr% : anemia sedang
- d) Hb < 7 gr% : anemia berat (Manuaba, 1998)

Pemeriksaan darah harus dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama I dan trimester III . Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet pada ibu hamil.

2.1.10 Klasifikasi

1. Anemia defisiensi zat besi

Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang sering terjadi bila kekurangan zat besi, karena pada wanita tubuh lebih memerlukan zat besi untuk membentuk hemoglobin dibandingkan dengan laki-laki. Seseorang dapat kekurangan zat besi karena kehilangan

darah. Keadaan lain yang dapat menyebabkan kehilangan zat besi dan sel darah merah adalah ulkus, polip pada usus besar, atau kanker kolon (usus besar). Bisa juga dari jenis makanan yang rendah zat besi adalah seperti daging, ikan, telur, susu atau makan lain yang diperkaya zat besi.

2. Anemia defisiensi perdarahan

Biasanya lebih jelas ditemukan pada masa nifas, dapat disebabkan plasenta previa atau solusio plasenta, atau anemia sebelum melahirkan. Pada awal kehamilan, sering disebabkan aborsi, kehamilan ektopik, dan mola hidatidosa. Perdarahan masih harus segera ditangani untuk mengembalikan dan mempertahankan perfusi organ vital. Setelah hipovolemia teratasi dan hemostatis tercapai, lakukan terapi pemberian Fe.

3. Anemia defisiensi aplastik

Anemia jenis ini merupakan anemia yang sering disebabkan oleh disfungsi pada sumsum tulang sehingga sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah merah yang baru (Hanifa, 2007).

Kekurangan sel darah merah mengakibatkan anemia, kekurangan sel darah putih menyebabkan rentan terkena infeksi, dan kekurangan keping darah menyebabkan darah tidak dapat membeku dengan normal, hal ini disebabkan oleh :

- a. Pengobatan kanker (radiasi atau kemoterapi)
- b. Paparan terhadap zat kimia beracun (intoksikasi, cat)
- c. Obat-obatan tertentu (pengobatan arthritis rematoid)
- d. Penyakit autoimun (seperti lupus)

Untuk mengatasinya adalah diberi pengobatan dari penyakit yang mendasari apabila diketahui atau dihindari bahan penyebab (Elisabeth J. Corwin, 2002)

4. Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik adalah anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat yang erat kaitannya dengan defisiensi makanan. Gejalanya dapat berupa mual, muntah, dan anoreksia yang bertambah berat. Untuk mengatasinya yaitu dengan mengonsumsi sayuran hijau dan makanan dengan protein hewani tinggi (William, 2006).

5. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik merupakan anemia yang disebabkan karena proses penghancuran sel darah merah yang berlangsung cepat dari proses pembuatannya sehingga menyebabkan sisa sel darah merah yang berada pada sumsum tulang akan meningkat untuk menggantikan sel-sel darah merah yang telah mati. Gejalanya adalah kelelahan, kelemahan, kelainan-kelainan yang terjadi pada gambaran darah yang dapat dilihat dengan mikroskop serta komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital.

Untuk mengatasinya dengan suplemen asam folat, transfusi sel darah merah, dan antibiotik untuk menghindari infeksi (Elisabeth J. Corwin, 2002)

2.1.11 Penatalaksanaan

Belum ada satupun obat erthropietik yang pada anemia lain dapat menyebabkan remisi terbukti efektif. Tetapi untuk anemia aplastik yang parah, yang kemungkinan besar efektif adalah transplantasi sumsum tulang atau sel induk. Bagi pasien yang penyakitnya tidak terlalu parah, atau mereka yang tidak mendapatkan donor, terapi baik yang ada adalah globulin antimosit (Marsh dkk, 1998).

Transfusi sel darah merah diberikan untuk anemia simtomatik. Apabila trombosit sangat rendah, diperlukan transfusi trombosit untuk mengendalikan perdarahan. Kelahiran pervaginam dilakukan untuk meminimalisasi insisi dan laserasi sehingga pengeluaran darah dapat dikurangi saat uterus dirangsang berkontraksi kuat setelah lahiran. Bahkan apabila trombosit openianya berat, resiko perdarahan dapat diperkecil dengan lahir pervaginam sehingga laserasi dan efisiotomi luas dapat dihindari.

Dalam penatalaksanaan anemia yang harus dilakukan bidan antara lain :

1. Memeriksa kadar Hb semua ibu hamil pada kunjungan pertama dan pada minggu ke-28. Hb dibawah 11 gr% pada kehamilan termasuk anemia, dibawah 7 gr% adalah anemia berat . Bila alat tidak tersedia, periksa lelopak mata dan perkirakan ada atau tidaknya anemia.
2. Beri tablet Fe (zat besi) pada semua ibu hamil dengan sedikitnya 90 tablet untuk 1 tablet per hari berturut turut. Bila Hb kurang dari 11 gr% teruskan pemberian tablet Fe.

3. Beri penyuluhan gizi pada setiap kunjungan antenatal (ANC) tentang perlunya minum tablet Fe dan kaya vitamin C, serta menghindari minum teh atau susu karena dapat mengganggu penyerapan zat besi.
4. Jika pada masa prevalensi malaria tinggi, selalu tingkatkan pada ibu hamil untuk berhati-hati agar tidak tertular penyakit malaria, lalu beri tablet klorokuin 10 mg/kg berat badan per oral diminum satu kali perhari selama 2 hari berturut-turut.
5. Jika ditemukan /diduga anemia (konjungtiva pucat), berikan 2-3 kali 1 tablet Fe per hari
6. Rujuk ibu hamil dengan anemia untuk pemeriksaan terhadap penyakit cacing/parasit/penyakit lainnya dan sekaligus untuk pengobatan
7. Jika diduga ada anemia berat segera rujuk ibu hamil untuk pemeriksaan dan perawatan selanjutnya. Ibu hamil dengan anemia pada trimester 3 perlu diberi zat besi dan asam folat secara IM.
8. Rujuk ibu hamil dengan anemia berat dan rencanakan untuk bersalin di RS.
9. Sarankan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet Fe sampai 4-6 setelah persalinan.

2.1.12 Penanganan Ibu Bersalin Pada Anemia

Berikan penjelasan pada ibu bahwa prosedur yang akan dilakukan ketika bersalin semata-mata sudah mendapat persetujuan /inform consent. Pada wanita dengan anemia sedang yang Hb-nya kurang dari

7gr%, tidak demam, dan stabil tanpa resiko perdarahan berikutnya. Terapi Fe selama 3 bulan lebih baik daripada transfusi darah.

Disebutkan beberapa pengaruh anemia pada persalinan yang dapat membahayakan saat persalinan, diantaranya :

- a) Gangguan his dan kekuatan mengedan
- b) Kala I dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar
- c) Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan
- d) Kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan post partum karena atonia uteri
- e) Kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (dr. Ida Ayu Chandranita Manuaba 2010).

Untuk menghindari terjadinya gangguan his dan kekuatan mengejan bidan melakukan induksi oksitosin 1 ampul agar his kuat dan baik, dan keluarga membantu memberi nutrisi untuk menambah tenaga pada ibu saat mengedan. Jika telah dilakukan induksi kemungkinan tidak akan terjadi partus lama/terlantar. Jika sudah didiagnosa anemia sebagian kemungkinan dipastikan BBLR dan tidak akan terjadi perpanjangan kala II, karena kemungkinan bayi berat lahir rendah dan dilakukan episiotomi pada primi sehingga tidak harus dan tidak mungkin akan dilakukan operasi kebidanan jika keadaan umum sudah diperbaiki terlebih dahulu.

Dapat dipastikan terjadi retensio plasenta jika tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta dalam batas waktu 15 menit setelah disuntikan

oksitosin pertama secara IM dan harus disuntikan Oksitosin kedua. Setelah dipastikan tidak ada masalah dalam kala III, segera setelah pengeluaran plasenta pastikan tidak terdapat sisa jaringan dalam uterus yang akan menyebabkan perdarahan, lakukan masase selama 15 detik hingga uterus berkontraksi baik, lalu lanjutkan dengan penjahitan pada perineum bekas luka bekas episiotomi bila dilakukan episiotomi. Setelah semuanya selesai, untuk menghindari perdarahan postpartum berikan cytosol 2 tablet per rectal.

Setelah semuanya selesai, bidan melakukan pencegahan pasca tindakan, yaitu :

- a) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan), dan peralatan lain yang sudah digunakan.
- b) Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- c) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir.
- d) Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.

Lalu lakukan pemantauan pasca tindakan :

- a) Periksa kembali tanda-tanda vital.
- b) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan.
- c) Beritahu ibu dan keluarganya bahwa tindakan sudah selesai, tetapi ibu masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan.
- d) Lanjutkan pemantauan ibu hingga 2 jam pasca tindakan sebelum

dipindahkan keruang gawat gabung.(Afandi,2007)

Sesuai dengan KepMenKes RI No.900/MenKes/Sk/VI tentang registrasi dan praktek bidan meliputi pelayanan ibu nifas yang mencakup Anemia sedang dan BBLR dan sudah sesuai Standar MAK III.

2.2. Oligohidramnion

2.2.1. Pengertian

Oligohidramnion adalah cairan amnion yang kurang yang berkaitan dengan kelainan ginjal janin, trisomy 21 atau 13, atau hipoksia janin. Setelah 38 minggu volume cairan ketuban berkurang tetapi pada postterm oligohidramnion merupakan penandaan serius apalagi bila bercampur dengan meconium.(Sarwono, 2014)

Oligohidramnion merupakan volume air ketuban yang kurang dari 500cc. oligohidramnion kurang baik untuk janin karena pertumbuhannya dapat terganggu oleh perlekatan antara kulit janin dan amnion atau karena janin tertekan ke dinding Rahim.(Wirakusumah, 2017)

2.2.2. Penyebab

Air ketuban sedikit menandakan kemungkinan terjadi kegagalan plasenta, atau gangguan perkembangan janin. Air ketuban yang terlalu sedikit dapat terjadi karena beberapa faktor berikut:

1. Komplikasi kehamilan

Ibu yang biasanya memiliki tekanan darah tinggi, dehidrasi, preeklamsia,

dan diabetes.

2. Kehamilan lewat bulan (usia melebihi 41 minggu)
3. Ibu hamil mnegkonsumsi obat-obatan tertentu, seprti angiotensin-converting enzyme (ACE)
4. Solusio plasenta
5. Masalah janin seperti kelainan genetic

2.2.3. Mekanisme

Volume air ketuban meningkat secara bertahap pada kehamilan dengan volume sekitar 30 mL pada kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya sekitar 1 L pada kehamilan 34-36 minggu. Volume air ketuban menurun pada akhir semester pertama dengan volume sekitar 800 mL pada minggu ke-40. Berkurang lagi menjadi 350 mL pada kehamilan 42 minggu dengan 250 mL pada kehamilan 43 minggu. Tingkat penurunan sekitar 150 mL/minggu pada kehamilan 38-43 minggu.

Mekanisme perubahan tingkat produksi air ketuban belum diketahui dengan pasti, meskipun diketahui berhubungan dengan aliran keluar masuk cairan amnion pada proses aktif.

Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Pada sindroma potter, kelainan yang utama adalah gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena penyakit lain pada ginjal yang menyebabkan ginjal gagal berfungsi.

Dalam keadaan normal, ginjal membentuk cairan ketuban (sebagai air kemih) dan tidak adanya cairan ktuban menyebabkan gambaran yang khas dari sindroma Potter.

Gejala sindroma Potter berupa :

1. Wajah Potter (kedua mata terpisah jauh, terdapat lipatan epikantus, pangkal hidung yang lebar, telinga yang rendah dan dagu yang tertarik ke belakang).
2. Tidak terbentuk air kemih
3. Gawat pernafasan

Wanita dengan kondisi berikut memiliki insiden oligohidramnion yang tinggi.

- a) Anomali kongenital (misalnya: agenosis ginjal, sindrom potter).
- b) Retardasi pertumbuhan intrauterin
- c) Ketuban pecah dini (24-26 minggu)
- d) Sindrom paska maturitas

2.2.4. Tanda dan gejala

1. Rahim lebih kecil dari usia kehamilan.
2. Bunyi jantung anak sudah terdengar sebelum bulan ke 5 dan terdengar

- lebih jelas (dengan stetoskop),
3. Pergerakan dirasa nyeri oleh ibu.
 4. Sering berakhir dengan partus prematurus.

2.2.5. Diagnose oligohidramnion

Untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu amnioskopi dan USG.

1. Amnioskopi

Adapun indikasi dari amnioskopi adalah :

1. Usia kehamilan sudah diatas 37 minggu
2. Terdapat preeklamsia atau eklamsia
3. Bad obstetrich history
4. Terdapat kemungkinan IUGR
5. Kelainan ginjal
6. Kehamilan post date

Komplikasi dari tindakan amnioscopy adalah:

1. Terjadi persalinan premature
2. Ketuban pecah
3. Perdarahan perlukaan kanalis servikalis
4. Terjadi infeksi asendens

2. USG

Untuk mendiagnosa oligohidramnion dapat mempergunakan ultrasonografi yang dapat menentukan :

1. Amniotik fluid index (AFI) kurang dari 5 cm.
2. AFI kurang dari 3 cm disebut moderat oligohidramnion
3. AFI kurang dari 2-1 cm disebut severe oligohidramnion.(Utamie, 2013)

2.2.6. Akibat oligohidramnion

1. Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin akan menderita cacat bawaan dan pertumbuhan janin dapat terganggu bahkan bisa terjadi *foetus papyraceous* yaitu tubuh janin picak seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim bahkan kematian janin. Bisa juga terjadi abortus dan partus prematurus.
2. Bila terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut akan terjadi cacat bawaan seperti clubfoot, cacat bawaan karena tekanan atau kulit jadi tenal dan kering (lethery appereanc).
3. Jika terjadi pada saat menjelang persalinan, akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama kelahiran, seperti tidak efektifnya kontraksi rahim akibat tekanan didalam rahim yang tidak seragam kesegala arah, sehingga proses persalinan akan melemah atau berhenti.(Rini, 2009)

2.2.6. Penatalaksanaan

Tindakan konservatif

1. Tirah baring

2. Hidrasi (menyeimbangkan cairan dalam tubuh)
3. Perbaiki nutrisi
4. Pemantauan kesejahteraan janin
5. Amnion fungsional (menginfus air ketuban)
6. Induksi kelahiran

Penatalaksanaan bergantung pada usia kehamilan

1. Pre-term persalinan : mengevaluasi dan memonitor keadaan fetal dan maternal agar tetap dalam kondisi optimal
2. Aterm : memantau kesejahteraan janin, induksi persalinan
3. Post-term persalinan : memantau kesejahteraan janin, induksi persalinan. (Budiman.2013)

2.3 Kehamilan Serotinus

2.3.1. Pengertian

Kehamilan postterm ,disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, prolonged pregnancy,ekstended pregnancy, post datisme atau pascamaturitas, adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih , dihitung dari hari pertama haid terakhir

menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (WHO 1997, FIGO 1986) (Prawirohardjo 2014)

Kehamilan lewat waktu (serotinus, postterm pregnancy) adalah kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih. (Prof. Dr. Jusuf S. Effendi, 2014)

2.3.2. Penyebab

Beberapa teori yang diajukan menyatakan bahwa terjadinya kehamilan postterm sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan. Beberapa teori diajukan sebagai berikut:

a. Pengaruh progesterone

Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekular pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan postterm adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

b. Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan postterm member kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia

kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu factor penyebab kehamilan postterm

c. Teori Kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai” pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin ,diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen ,selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin.pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

d. Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksinuterus .kadaan diman tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, talipusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postterm

e. Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan postterm mempunyai kecendrungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya . Moren(1999) seperti dikutip

Cunningham, menyatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan postterm pada saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan postterm. (Prawirohardjo 2014)

2.3.3. Mekanisme

Pada kehamilan lewat waktu terjadi penurunan oksitosin sehingga tidak menyebabkan adanya his, dan terjadi penundaan persalinan. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂/O₂ sehingga janin mempunyai resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim (Manuaba, 1998)

Sindroma postmaturitas yaitu kulit keriput dan telapak tangan terkelupas, tubuh panjang dan kurus, vernis caseosa menghilang, wajah seperti orang tua, kuku panjang, tali pusat selaput ketuban berwarna kehijauan. Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 34-36 minggu dan setelah itu terus mengalami penurunan. Pada kehamilan postterm dapat terjadi penurunan fungsi plasenta sehingga bisa menyebabkan gawat janin. Bila keadaan plasenta tidak mengalami insufisiensi maka janin postterm dapat tumbuh terus namun tubuh anak akan menjadi besar (makrosomia) dan dapat menyebabkan distosia bahu. (Freddypanjaitan 2012)

2.3.4. Tanda dan gejala

- a. Menghilangnya lemak subkutan.
- b. Kulit kering, keriput, atau retak retak.
- c. Pewarnaan mekonium pada kulit, umbilicus, dan selaput ketuban.

- d. Kuku dan rambut panjang .
- e. Bayi malas.(Reproduksi)

2.3.5. Akibat serotinus pada ibu

- a. morbiditas/mortalitas ibu: dapat meningkat sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan terjadi distosia persalinan, incoordinate uterine action, partus lama, meningkatkan tindakan obstetric dan persalinan traumatis/perdarahan postpartum akibat bayi besar
- b. aspek emosi: ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan. Komentar keluarga atau teman seperti “ belum lahir juga?” akan menambah prustasi ibu.

2.3.6. Akibat serotinus pada janin

- a. insufisiensi plasenta
fungsi plasenta berkurang.disebabkan karena plasenta yang sangat vital fungsinya dalam menyalurkan zat-zat gizi dan oksigen telah mengalami penuaan, sehingga menyebabkan janin kekurangan oksigen dan zat gizi, dan akhirnya bernafas sesak dapat menyebabkan bayi mengalami asfiksia, dimana bayi tidak dapat bernafas secara seponatan pada saat lahir.
- a. Pertumbuhan janin terhambat
- b. Oligohidramnion
Terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental.

c. Hipoksia janin

Keluarnya mekonium yang berakibat terjadinya aspirasi mekonium yang berakibat dapat terjadinya aspirasi mekonium pada janin.

b. Defisit air ketuban

penurunan atau berkurangnya cairan ketuban bahkan bisa sampai habis/kering. Penyebabnya karena terjadi penurunan aliran darah ginjal janin karena redistribusi aliran darah terganggu pasokan oksigennya. Penurunan air ketuban ini dapat menyebabkan kompresi tali pusat yang akan menurunkan suplai darah ibu ke janin.

c. Aspirasi mekoniumaktif

Pada kondisi kekurangan oksigen usus janin akan bekerja lebih aktif sehingga mengeluarkan mekonium yang banyak. Air ketuban yang banyak ini bila masuk ke paru janin akan menyebabkan sumbatan yang berakibat janin kekurangan oksigen.(<https://www.motherandbaby.co.id>, 2017)

2.3.7. Akibat serotinus pada persalinan

Komplikasi yang terjadi pada ibu dapat menyebabkan partus lama,inersia uteri, atonia uteri dan perdarahan post partum.

2.3.8. Penatalaksanaan

Menurut Kemenkes RI (2013) tatalaksana untuk kehamilan serotinus

sebagai berikut:

- a. sedapat mungkin rujuk pasien ke rumah sakit.
- b. Tawarkan induksi persalinan mulai dari usia kehamilan 41 minggu
- c. Pemeriksaan antenatal untuk mengawasi kehamilan 41-42 minggu sebaiknya meliputi non-stress test dan pemeriksaan volume cairan amnion.
- d. Bila kehamilan telah mencapai 42 minggu, lahirkan bayi. (<http://respository.unimus.ac.id>, 2013)

2.3.9. penanganan persalinan pada ibu dengan serotinus

- a. Menentukan apakah kehamilan telah berlangsung lewat bulan (postterm) atau bukan
- b. Mengidentifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin dengan cara pemeriksaan kardiografi seperti non stress test(NST) dan contraction stress test untuk mengetahui kesejahteraan janin sebagai reaksi terhadap gerak janin atau kontraksi uterus dan pemeriksaan USG untuk menentukan besar janin , denyut jantung janin, gangguan pertumbuhan janin, keadaan dan derajat kematangan plasenta, jumlah (indeks cairan amnion) dan kualitas air ketuban.
- c. Melakukan pemeriksaan serviks dengan sekor bishop. Bishop score adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks

bishop score rendah artinya serviks belum matang dan memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi dibandingkan serviks yang matang.

Bishop score >5 yaitu induksi persalinan, cara induksi persalinan adalah:

- a) Menggunakan tablet misoprostol/*cytotec* yaitu 25-50 mg yang diletakkan di fornix posterior setiap 6-8 jam hingga munculnya his/kontraksi.
- b) Menggunakan oksitosin intravena yaitu infuse oksitosin biasanya mengandung 10-20 unit ekuivalen dengan 10.000-20.000 mU dicampur dengan 1000 ml larutan Ringer Laktat, masing-masing menghasilkan konsistensi oksitosin 10-20 mU/ml⁵.

Bishop <5

- a. Pematangan janin dengan profil biofisik, Nonstress test (NST), Contraction Stress Test (CST).
- b. Volume ketuban normal, NST reaktif yaitu diulang 2x/minggu.
- c. Volume ketuban normal, NST non reaktif, CST positif yaitu dilakukan SC.
- d. Volume ketuban normal, NST non reaktif dan CST negatif dalam 3 hari.
- e. Pligohidramnion (kantong amnion <2 cm) yaitu dilakukan SC.
- f. Deselerasi variable yaitu matangkan serviks dan induksi persalinan.

- g. Pematangn serviks dapat dilakukan dengan kateter voley, oksitosin, prostaglandin(misoprostol), relaksin (melunakan serviks), pemecahan selaput ketuban.
- h. Persalian pervaginam yaitu ibu mirig kekiri, berikan oksigen, monitor DJJ,induksi persalinan dengan tetes pitosin(jika tidak ada kontraindikasi dsan belum ada tanda hipoksia intrauteri)

2.4. Persalinan

2.4.1 Definisi

Persalinan ialah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Obgyn FK Unpad).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Sulistyawati 2013).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks

secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Indrayani 2013).

2.4.2 Jenis-jenis Persalinan

a. Menurut cara

1. Persalinan spontan: Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
2. Persalinan buatan : Persalinan yang dibantu oleh tenaga dari luar misalnya ekstraksi forcep, atau vakum, atau dilakukan operasi section sesaria atas indikasi.
3. Persalinan anjuran : Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin. (Sulistyawati 2013)

b. Menurut umur kehamilan dan berat badan bayi

1. Abortus (keguguran) : adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat badan janin \pm 500 gram, usia kehamilan dibawah 22 minggu.
2. Partus Immaturus adalah penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable) atau berat janin antara 500 – 1000 gram dan usia kehamilan anatar 22 sampai dengan 38 minggu.

3. Persalinan Prematurus adalah persalinan dari konsepsi pada kehamilan 26 – 36 minggu, janin dapat hidup tetapi berat badan janin biasanta antara 1000 – 2500 gram.
4. Persalinan Mature atau aterm (cukup bulan) adalah persalinan pada kehamilan 37 – 40 minggu, janin dapat hidup dan berat badan janin diatas 2500 gram.
5. Persalinan Postmaturus (Serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu persalinan yang ditafsirkan.
6. Partus Presipitatus adalah persalinan yang berlangsung cepat, kurang dari 3 jam. Partus presipitatus akan menimbulkan berbagai komplikasi terhadap ibu, diantaranya menimbulkan rupture uteri, laserasi yang luas pada uterus, vagina dan perineum, serta perdarahan dari tempat implantasi plasenta.(Prawirohardjo 2013).

2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (tenaga) : kekuatan yang mendorong janin keluar
 - a. Kontraksi

Kontraksi adalah mendadak dan menebal otot – otot rahim yang keras untu4k sementara waktu kontraksi ini terjadi diluar sadar (involunter).Dibawah pengendalian system saraf simpatik dan secara tidak langsung mungkin dipengaruhi system endokrin.

b. Retraksi

Retraksi adalah pemendekan otot-otot menggerakkan mendekat dan menebal. Retraksi merupakan sifat istimewa yang dimiliki oleh otot rahim sebagian akibat dari retraksi, segmen atas dinding uterus secara berangsur-angsur menjadi pendek serta tebal dan vakum uteri menjadi kecil. Sementara itu, otot-otot segmen atas yang mengadakan kontraksi dan retraksi menyebabkan serabut-serabut segmen bawah yang memiliki fungsi khusus serta serviks tertarik keatas dan keluar sehingga terjadilah penipisan serta dilatasi serviks.

c. Tenaga Sekunder Meneran

Tenaga kedua (otot-otot dan diafragma) digunakan dalam kala dua persalinan. Tenaga ini dipakai untuk mendorong bayi keluar dan merupakan kekuatan ekspulsi (TIM 2017).

2. Passage (Lintasan)

a. Rongga Pelvis

- 1) Pintu atas panggul
- 2) Pintu tengah panggul
- 3) Pintu bawah panggul

b. Lintasan Lunak (*soft passage*)

Bagian jalan lahir yang lunak adalah segmen bawah uterus, os servisis eksterna, vagina dan vulva. Setelah terjadi dilatasi serviks yang penuh, terbentuklah jalan lahir yang

bersambung dengan kepala janin yang menimbulkan dilatasi vagina vulva.

c. Effacement dan Dilatasi

Segmen adalah uterus harus tertarik keatas serta keluar effacement dan os serviks harus tegang serta terbuka dilatasi yang cukup luas untuk memungkinkan kepala janin terdorong melalui bagian tersebut (TIM 2017).

3. Passenger

Passenger utama yang melewati jalan lahir adalah janin dan bagian yang paling penting karena ukurannya paling besar adalah kepala janin.

4. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses terganggu dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan

5. Psikologis

Keadaan psikologisnya meliputi :

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- b) Pengalaman bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

3 Tahapan Persalinan

Dalam proses persalinan ada beberapa tahapan yang harus di lalui oleh ibu, tahapan tersebut di kenal dengan empat (4) kala, yaitu :

a. Kala satu (kala pembukaan)

Kala satu persalinan di mulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau di kenal dengan his yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai ada nya pembukaan sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan kala satu, his yang timbul tidak begitu kuat sehingga ibu masih koperatif dan masih dapat berjalan-jalan. Kala satu persalinan di bagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan aktif :

1. Fase laten pada kala satu persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam. (Indrayani 2013).

2. Fase aktif pada kala satu persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai

jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

d) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam.

e) Fase aktif di bagi lagi menjadi 3 fase, yaitu :

1) Fase akselerasi : pembukaan 3 ke 4, dalam waktu 2 jam.

2) Fase kemajuan maksimal/dilatasi maksimal, pembukaan berlangsung sangat cepat, yaitu dari pembukaan 4 – 9 cm, yaitu dalam waktu 2 jam.

3) Fase deselerasi, pembukaan 9-10, dalam waktu 2 jam.

Fase-fase tersebut terjadi pada primi gravida. Pada multi gravida juga demikian, namun fase laten, aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. (Indrayani 2013).

Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat di perkirakan dan di

pantau dengan menggunakan lembar partograf. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala satu adalah : ketuban pecah sebelum waktunya(pada fase laten), gawat janin, inersia uteri (Indrayani 2013).

b. Kala dua

Kala dua persalinan di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap(10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua adalah :

1. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
3. vagina dan spingter ani membuka.
4. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala dua persalinan his/kontraksi yang semakin kuat dan teratur .umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. (Indrayani 2013).

Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga

masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran, karena adanya penekanan pada rectum sehingga ibu merasa seperti mau buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah janin akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol. (Indrayani 2013)

Pada keadaan ini, ketika ada his kuat, pimpin ibu untuk meneran hingga lahir seluruh badan bayi. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala dua adalah pre eklampsia/eklampsia, gawat janin, kala dua memanjang/persalinan lama, tali pusat menumbung, partus macet, kelelahan ibu, distosia bahu, inersia uteri, lilitan tali pusat. (Indrayani 2013) (Indrayani 2013)

c. Kala tiga

Kala tiga persalinan di sebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan , kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan nitabusch, karena sifat retraksi

otot Rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda di bawah ini :

1. Perubahan bentuk uterus dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat. Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear/alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi di atas pusat.
2. Tali pusat bertambah panjang.
3. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara Duncan/dari pinggir).

Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala tiga adalah retensio plasenta, plasenta lahir tidak lengkap, perlukaan jalan lahir. (indrayani. 2013)

d. Kala empat

Kala empat persalinan disebut juga dengan kala pemantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala itu paling sering perdarahan postpartum, yaitu pada 2 jam pertama postpartum. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala empat adalah perdarahan yang mungkin di sebabkan oleh atonia

uteri, leserasi jalan lahir, dan sisa plasenta. Oleh karena itu harus dilakukan pemantauan, yaitu

- 1) Pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
 - a) 2-3 lingkup asuhan persalinan kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.

Kontraksi uterus selama kala empat tetap kuat dengan amplitude sekitar 60-80 mmHg, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk thrombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembenrukan thrombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum. Kekuatan his dapat diperkuat dengan memberi obat uterotonika. Kontraksi ikutan saat menyusui bayi sering di rasakan oleh ibu post partum, karena pengeluaran oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior. (indrayani. 2013))

- 2) Pengeluaran oksitosin sangat penting yang berfungsi :
 - a) Merangsang otot polos yang terdapat di sekitar alveolus ke kelenjar mamme, sehingga ASI dapat di keluarkan.

- b) Oksitosin merangsang kontraksi Rahim.
- c) Oksitosin mempercepat involusi Rahim
- d) Kontraksi otot Rahim yang di sebabkan oksitosin mengurangi perdarahan postpartum. (indrayani. 2013).

2.2.4 Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan, antara lain :

1. Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai sifat :
 - a. Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
 - b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar.
 - c. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
 - d. Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.
 - e. Pengeluaran lendir dan darah (blood show). (indrayani. 2013)
2. Perubahan serviks

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- a. Pendataran dan pembukaan.
- b. Pembukaan menyebabkan sumbatan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan bercampur darah (bloody

show) karena kapiler pembuluh darah pecah. (indrayani. 2013).

3. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (indrayani. 2013) (indrayani. 2013) (

Terkadang sulit membedakan antara persalinan sesungguhnya dan persalinan semu. Indikator persalinan sesungguhnya di tandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks. Ketika ibu mengalami tanda-tanda persalinan semu, ia akan merasakan kontraksi yang menyakitkan, namun kontraksi tersebut tidak menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks. Persalinan semu bisa terjadi beberapa hari atau beberapa minggu sebelum permulaan persalinan sesungguhnya.

Berikut ini akan dijelaskan mengenai karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu. (indrayani. 2013, Bagus 2014)

PERSALINAN SESUNGGUHNYA	PERSALINAN SEMU
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa di bagian belakang dan menyebar ke bagian depan	Kebanyakan rasa nyeri terasa di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antar tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antar tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian ke bagian janin	Tidak ada penurunan bagian terendah janin.
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP di antara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak mengentikan proses persalinan sesungguhnya.	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu.

2.5. Nifas

2.5.1. Definisi Nifas

- a. Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali, seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (prawirohardjo,2009;Saifuddin,2002)
- b. Masa puerperium atau masa nifas dimulai setelah persalinan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu(Wiknjosastro,2005)(elly Dwi Wahyuni 2018)

2.5.2.Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun pada bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi,KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB.
- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).
- g. Mengajarkan kepada ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga

bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.(Siti Nunung Nurjanah 2013)

2.5.3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

- a. Memberikan dukungan yang berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis pada masa nifas
- b. Sebagai promotor hubungan antara ibu, bayi dan keluarga.
- c. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- d. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- e. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- f. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya, mengenai cara pencegahan perdarahan, mengenali tanda- tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekan kebersihan yang aman.
- g. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas
- h. Memberikan asuhan secara profesional.(Damai Yanti 2014)

2.5.4. Perubahan Fisiologis Pada Nifas

- a. Perubahan system reproduksi

1. uterus

a. involusi uterus

involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram, involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua / endometrium dan penegelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

1) Autolisis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalamotot uterin. Enzym proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula selama hamil atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone.

2) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages didalam system kardiovaskuler dan system limfatik.

3) Efek oksitosin (cara bekerjanya oksitosin)

Penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk megurangi situs atau tempat implantasi placenta serta mengurangi perdarahan.

Table Perubahan uterus selama masa nifas:

	Bobot Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Pada akhir persalian	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu I	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu II	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi

plasenta akan menjadi nekrotik (mati/layu). Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah dan cairan, suatu campuran antara darah dan cairan yang disebut dengan lochea yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

2. Lochea

Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berasal dari pengelupasan desidua. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat mikroorganisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada wanita normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Volume total lochea bervariasi pada setiap wanita tapi diperkirakan berjumlah 500 ml (240-270 ml). Selama respons terhadap isapan bayi menyebabkan uterus berkontraksi sehingga semakin banyak lochea yang terobservasi.

Adapun macam-macam lochea:

a. Lochea rubra (cruenta)

Berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.

b. lochea sanguinolenta

berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum.

c. Lochea serosa

Berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari ke 7-14 post partum

d. Lochea alba

Cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu post partum.

e. Lochea purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk

f. Lochea tidak lancer keluaranya atau tertahan.

3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalihan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena hyper palpsi ini dan karena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu

persalinan serviks menutup. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pingir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

4. Vulva dan vagian

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagian secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagian hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

5. Perineum

Segara setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

Tipe penurunan tonus otot dan motilitas traktus intestinal berlangsung hanya beberapa waktu setelah persalian. Penggunaan analgetik dan anastesi yang berlebihan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan motilitas otot.

6. Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan urusan lainnya, karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu

a. Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi mengisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan aerola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hipofisis lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

b. Refleks Let Down

Reflex ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan aerola yang dikirim lobus posterior melalui nervus

vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormone oksitosin kedalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myopitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah ampula.

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

- 1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolosrum sudah ada saat persalian , produksi ASI terjadi pada hari ke-2 5ratau hari ke -3 setelah persalian.
- 3) Payudra menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.(prof.dr.Hj.Dewi Laelatul Badriah 2013)

b. Perubahan Sistem Pencernaan

System gastroistestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya tinggi kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, juga mulai menurun. Namun kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada system pencernaan, antara lain:

a. Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan.Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari

sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pospartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun lacerasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

1. Pemberian diet/ makanan yang mengandung serat.
2. Pemberian cairan yang cukup.
3. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
4. Perawatan tentang luka jalan lahir.
5. Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian laksatif atau obat yang lain.

c. Perubahan system perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu, sebaliknya pada pasca-melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang selama masa pascapartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil.

d. Perubahan sistem musculoskeletal

Perubahan sistem muskulokeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskulokeletal ini mencakup, peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan

mobilita. Namun demikian, pada saat post partum system muskulokeletal akan berangsu-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan , untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri.

e. Perubahan system endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a. Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mamae pada hari ke-3 post partum.

b. Hormone pituitary

Hormone pituitary antara lain: hormone prolaktin, FSH dan LH. Hormone prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu hormone prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3,

dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca lahir. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

d. Hormone oksitosin

Hormone oksitosin diekskresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus

2.5.5. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut :

- a. setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensia plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b. Perdarahan postpartum sekunder(late postpartum hemorrhage)
Adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam postpartum hingga

masa nifas selesai. perdarahn postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utamanya adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta.(Wahyuningsih 2018)

2. Infeksi pada masa postpartum

Insfeksi nifas adalah insfeksi pada dan melalui traktus genetalis setelah persalinan.Suhu 38 C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2-10 postpartum dan di ukur perolral sedikitnya 4 kali sehari.(Damai Yanti 2014)

2.6. Bayi baru lahir

2.6.1.Pengertian Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal adalah bayi bayi yang barub lahirpada usia kehamilan genap 37-41 minggu, denga presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus.

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- a. Berat badan 2.500-4.000
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepal 33-35 cm.
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f. Pernapasan kurang lebih 40-60 kali/menit.

- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora;pada laki-laki, testis sudah turun, sekrotum sudah ada.
- k. Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Reflek moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- m. Reflek *grasp* atau menggenggam sudah baik.
- n. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.(Naomy Marie Tandu 2014)

2.6.2. Penanganan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir :

- a. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat
- b. Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dan kulit ibunya sesegera mungkin.
- c. Segera setelah melahirkan badan bayi lakukan penilaian sepiantas :Sambil secara cepat menilai pernapasannya (menangis kuat, bayi bergerak aktif, warna kulit kemerahan) letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu
- d. Dengan kain bersih dan kering atau kasa lap darah/lendir dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi

(sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir).

- e. Dan nilai APGAR SKORnya, jika bayi bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

PENILAIAN APGAR SKOR (tabel 2.4)

	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Akronim
Warna Kulit	Seluruh badan biru atau pucst	warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan	warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada <u>sianosis</u>	<i>Appearance</i>
Denyut Jantung	tidak ada	<100 kali atau menit	>100 kali atau menit	<i>Pulse</i>
Respon Reflek	tidak ada respons terhadap stimulasi	meringis atau menangis lemah ketika distimulasi	meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran napas	<i>Grimace</i>
Tonus Otot	lemah atau tidak ada	sedikit gerakan	bergerak aktif	<i>Activity</i>
Pernafasan	tidak ada	lemah atau tidak teratur	menangis kuat, pernapasan baik dan teratur	<i>Respiration</i>

Sumber : Saifuddin, 2002

2.7 Induksi Persalinan

2.7.1 pengertian

Induksi persalian adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang beluminpartu, baik secara operatip maupun medisinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan.induksi persalinan berbeda denganakselerasi persalinan, dimana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu.

2.7.2 Cara

1. secara medis
 - a. Infus oksitosin
 - b. Prostaglandin
 - c. cairan hipertonic intrauterine
2. secara manipulatif/ dengan tindakan
 - a. amniotomi
 - b. melepaskan selaput ketuban dari bagian bawah rahim.
 - c. Pemakaian rangsangan listrik.
 - d. Rangsangan pada putting susu.

2.7.3. Indikasi

1. Indikasi Janin
 - a. Kehamilan lewat waktu
 - b. Kehamilan pecah dini
 - c. Janin mati
2. indikasi ibu

- a. Kehamilan dengan hipertensi
- b. Kehamilan dengan diabetes melitus

2.7.4 Indikasi kontra

- a. Malposisi dan malpresentasi janin
- b. Insufisiensi plasenta.
- c. Disproporsi sefalopelvik.
- d. Cacat rahim, misalnya pernah mengalamiseksio sesarea, enukleasia miom.
- e. Grade multipara.
- f. Gemeli.
- g. Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion.
- h. Plasenta previa.

2.7.5 Syarat

Syarat-syarat pemberian infuse oksitosin

1. agar infuse oksitosin berhasil dalam menginduksi persalihan dan tidak memberikan penyulit baik pada ibu maupun janin, maka diperlukan syarat-syarat sebagai berikut.
 - a. Kehamilan aterm.
 - b. Ukuran panggul normal.
 - c. Tidak ada CPD(disproporsi antara pelvis dan janin)
 - d. Janin dalam presentasi kepala.
 - e. Serviks sudah matang yaitu, porsio teraba lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka.

untuk menilai serviks ini dapat juga dipakai skor Bishop, yaitu bila nilai Bishop lebih dari 8, induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil.

Tabel skor Pelvik menurut Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Perdarah serviks	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Penurunan kepala diukur dari bidang Hodge III(cm)	-3	-2	-1.0	+1 +2
Konsistensi serviks	keras	sedang	Lunak	
Posisi serviks	Ke belakang	Searah sumbu jalan lahir	Kearah depan	

2.7.6 Prosedur

Teknik Inpus Oksitosin Berencana

- a. Semalam sebelum infuse oksitosin, hendaknya penderita sudah tidur dengan nyenyak.

- b. Pagi harinya penderita diberi pencahar.
- c. Infuse oksitosin hendaknya dikerjakan dipagi hari dengan observasi yang baik.
- d. Disiapkan cairan Dextrose 5% 500 ml yang diisinkan dengan 5 unit oksitosin.
- e. Cairan yang sudah mengandung 5 U oksitosin ini dialirkan secara intravena melalui saluran infuse dengan jarum no. 20 G.
- f. Jarum suntik intravena dipasang pada vena bagian volar lengan bawah.
- g. Tetesan permulaan dibuat agar kadar oksitosin mencapai jumlah 2 mU per menit.
- h. Timbulnya kontraksi rahim dinilai dalam setiap 15 menit. Bila dalam waktu 15 menit ini his tetap lemah tetesan maksimal diperolehkan sampai mencapai kadar oksitosin yang dinaikkan 30-40 m UI per menit. Bila sudah mencapai kadar ini, namun kontraksi rahim belum juga timbul, maka berapapun kadar oksitosin yang dinaikkan tidak akan menimbulkan tambahan kekuatan kontraksi lagi. Sebaiknya infusan oksitosin ini dihentikan.
- i. Penderita dengan infuse oksitosin harus diamati secara cermat untuk kemungkinan timbulnya tetania uteri, tanda-tanda rupture uteri membat, maupun tanda-tanda gawat janin.

- j. Bila kontraksi rahim timbulnya secara teratur dan adekuat maka kadar tetesan oksitosin harus dipertahankan .sebaiknya bila terjadi kadar oksitosin yang sanagat kuat, jumlah tetesan dapat dikuranagi atau dihentikan.
- k. Infuse oksitosin ini hendakbya tetap dipertahankan sampai persalina selesai, yaitu sampai 1 jam sesudah lahirnya plasenta.

Evaluasi kemajuan pembukaan serviks dapat dilakukan dengan periksa dalam bila his telah kuat dan adekuat. Pada waktu pemberian infusoksitosin bila ternyata kemudian persalian telah berlangsung, maka infuse oksitosin dilanjutkan sampai pembukaan lengkap. Segera setelah kala II dimulai, maka tetesan infuse oksitosin dipertahankan dan ibu dipimpin mengejan atau dibimbing dengan persalinan buatan sesuai dengan indikasi yang ada pada waktu itu.tetapi bila sepanjang pemberian infuse oksitosin timbul penyulit pada ibu maupun janin, maka infuse oksitosi harus segera dihentikan dan kehamilan diselesaikan dengan secsio sesarea.(Prawirohardjo 2010)

2.8 Ruptura Uteri

Adalah robeknya dinding uterus pada ceralsaat kehamilan atau dalam persalinan robekan dengan atau tanpa robeknya perineum visceral.(obstetri dan ginekologi)

Rupture uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium. Penyebab rupturra uteri adalah disproporsi janin dan panggul, partus macet atau traumatic. Rupture uteri termasuk salah satu diagnosis banding apabila wanita dalam persalinan lama mengeluh nyeri hebat pada perut bawah, diikuti dengan syok dan perdarahan pervaginam. Robekan tersebut dapat mencapai kandung kemih dan organ vital disekitarnya. Risiko infeksi sangat tinggi dan angka kematian bayi sangat tinggi pada kasus ini.ruptura uteri inkomplit yang menyebabkan toma pada parametrium, kadang-kadang sangat sulit untuk segera dikenali sehingga sering kali menimbulkan komplikasio serius atau bahkan kematian. Syok yang terjadi sering kali tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar karena perdarahan hebat dapat terjadi kedalam kavum abdomen. Keadaan-keadaan seperti ini ,sangat perlu untuk diwaspadai pada partus lama atau kasip.

Masalah

- a. Morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada kasus ini.
- b. Konservasi fungsi reproduksi
- c. Risiko rupture uteri ulangan.

PENILAIN KLINIK

Perhatikan:

1. Rupture uteri pada uterus normal:

- a. Partus macet merupakan penyebab utama.
 - b. Didahului oleh lingkaran konstiksi (*Bandl's ring*) hingga umbilikus atau di atasnya kemudian diikuti dengan nyeri hebat pada perut bawah, hilangnya kontraksi dan bentuk normal uterus gravidarus, perdarahan pervaginam dan syok.
2. Rupture uteri pada uterus bekas seksio sesarea:
- a. Pada cara klasik, ruptur terjadi sebelum atau pada fase laten persalinan
 - b. Pada insisi transversal SBR, umumnya terjadi saat fase aktif atau kala II
 - c. Gejala nyeri yang hebat seringkali sulit dikenali terutama apabila terjadi ruptur uteri inkomplit. Perdarahan hanya sedikit bertambah dari normal dan janin menunjukkan bradikardia

PENANGANAN

- a. Berikan segera cairan isotonik (Ringer Laktat atau garam fisiologis) 500 ml dalam 15-20 menit dan siapkan laparotomi.
- b. Lakukan laparotomi untuk melahirkan anak dan plasenta. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar harus merujuk pasien ke rumah sakit rujukan.
- c. Bila konservasi uterus masih diperlukan dan kondisi jaringan memungkinkan, lakukan reparasi uterus

- d. Bila luka mengalami nekrosis yang luas dan kondisi pasien mengawatirkan, lakukan histerektomi.
- e. Lakukan bilasan peritoneal dan pasang drain dari kavum abdomen.
- f. Antibiotika dan serum anti tetanus

Bila terdapat tanda-tanda infeksi (demam, mengigil, darah bercampur cairan ketuban, hasil apusan atau biakan darah) segera berikan antibiotika spectrum luas. Bila terdapat tanda-tanda trauma alat genitalia atau luka yang kotor tanyakan saat terakhir mendapat tetanus toksoid. bila hasil anamnesis tidak dapat memastikan perlindungan terhadap tetanus, berikan serum anti tetanus 1500 IU/IM dan TT 0,5 ml IM.

2.9 Peran Bidan

Kewenangan bidan dalam pasal 22, bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:

- a. Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. Pelimpahan wewenang melkakan tindakan pelayanan kesehatan secara mandate dari dokter.

Kewenangan bidan berdasarkan pasal 27

- a. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandate dari dokter diberikan secara tertulis oleh dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tempat bidan bekerja.

- b. Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan dalam keadaan dimana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter di fasilitas pelayanan
- c. Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan :
 - 1. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki oleh bidan penerima pelimpahan.
 - 2. Pelaksanaan tindakan yang telah dilimpah tetap dibawah pengesahan/pengawasan dokter pemberian pelimpahan
 - 3. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan.
 - 4. Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.
- d. Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab dokter pemberi mandate, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan. (PMK 2017)

2.10 . Pendokumentasian

2.10.1 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan, prosedur, pengobatan, pada pasien, dan pendidikan pada pasien serta respon terhadap semua asuhan yang

diberikan. Alur berpikir bidan pada saat menghadapi pasien meliputi dokumentasi 7 langkah varney dan didokumentasi dalam bentuk SOAP yaitu:

Managemen Kebidana 7 Langkah Varney

- a. Langkah I : Pengambilan data dasar
Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien.
- b. Langkah II : Interpretasi data inidilakukan identifikasi terhadap diagnose / masalah berdasarakan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.Dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik.
- c. Langkah III : Identifikasi diagnosa dan masalah potensial
Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya untuk dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi.
- d. Langkah IV : Tindakan segera dan kolaborasi
Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah V : Rencana manajemen

Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh, pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, dan ditentukan manajemen terhadap masalah/diagnose yang telah diidentifikasi atau antisipasi

f. Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisiensi dan aman.

g. Langkah VII : Evaluasi

Dalam langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah memenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnose dan masalah.

Manajemen Kebidana Soap

S : Data Subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa (wawancara yang merupakan ungkapan langsung).

O : Data Objektif menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil lab dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung analisa.

A : Analisis dan interpretasi menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif yang diperoleh sehingga didapatkan suatu kesimpulan tentang diagnosa atau masalah yang terjadi.

P : Penatalaksanaan menggambarkan pendokumentasian dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assessment.

2.10.2 Partograf

Partograf adalah catatan grafik mengenai kemajuan persalihan untuk memantau keadaan ibu dan janin, untuk menentukana danya persalihan abnormal yang menjadi petunjuk untuk tindakan bedah kebidanan. (Kemenkes RI 2012).

3. Manfaat Penggunaan Partograf

- d. Merupakan alat yang efektif untuk mengetahui kemajuan persalihan dan mengidentifikasi kapan intervensi diperlukan .
- e. Mempengaruhi keputusan klinis dan berhubungan dengan iuran persalihan yang lebih baik
- f. Mengurangi kejadian persalihan lama, rupture uteri, persalihan macet yang memerlukan augmentasi oksitosin, mengurangi

angka operasi sesar, angka kejadian stillbirth dan perdarahan post partum.

- g. Merupakan alat yang dapat digunakan sebagai komunikasi saat melakukan rujukan.

Komponen Partograf

- h. Kondisi Janin

- 1) Denyut jantung janin
- 2) Selaput ketuban
- 3) Molase

- i. Kemajuan persalinan

- 1) Dilatasi serviks
- 2) Penurunan kepala
- 3) HIS(kontraksi uterus)

- j. Kondisi ibu

- 1) Nadi, tekanan darah, temperature,
- 2) Urine
- 3) Obat-obatan dan cairan IV
- 4) Regimen oksitosin

2. Landasan

Partograf WHO telah dirancang oleh suatu kelompok kerja informal yang meneliti hampir semua karya yang dipublikasikan tentang partograf dan desainnya yang berlandaskan prinsip-prinsip:

- a. Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm
- b. Fase laten persalinan harus berlangsung tidak lebih dari 8 jam.
- c. Fase aktif, kecepatan pembukaan tidak boleh lebih lambat dari 1 cm/jam.
- d. Tenggang waktu 4 jam antara melambatnya persalinan dan diambilnya tindakan tidak akan membahayakan janin atau ibunya untuk menghindari dari suatu tindakan yang tidak perlu.
- e. Periksa dalam tidak boleh dilakukan sering. Dalam suatu praktek kedokteran yang baik direkomendasikan setiap 4 jam.
- f. Sebaiknya memakai partograf yang sudah ada garis waspada dan garis tindakan.

3. Mencatat Temuan Pada Partograf

a. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam atau pukul" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

b. Kondisi janin

Denyut jantung

- 1) Catat setiap 30 menit sekali dan satu kontak menggambarkan 30 menit.

- 2) Dengarkan denyut jantung janin segera setelah puncak satunhis dilalui dengan ibu dengan posisi miring kalau mungkin.
- 3) Denyut jantung jannin normall berkisar antara 100-180x/ menit.
- 4) Dengarkanlah denyut jantung janin selama 1 menit.

c. Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kalin melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ.

U : Selaput ketuban Utuh(Belum pecah)

J : Selaput ketuban pecah dan air ketuban Jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur
Mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur
dengan Darah

K : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir
lagi(Kering)

d. Penyusupan (Molase) Tulang kepala Janin

Penyusutan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepalabayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang panggul ibu).

Setiap kali melakukan pemeriksaan dala, nilai penyusutan antara tulang (molase) kepala janin. Cacat setiap temuan yang ada dikotak.

- 0 :Tulang-tulang kepala janin terpisah,sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 :Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 :Tulang tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih bisa dipisahkan
- 3 :Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

e. Kemajuan Persalinan

Pembukaan serviks

Catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu brada pada fase aktif persalinan, catat pada partografsetiap pemeriksaan. Tanda “X” harus tercantum digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

f. Penurunan bagian terbawah janin

- 1) Pemeriksaan penurunan bagian terbawah janin membantu menentukan kemajuan persalinan.
- 2) Penurunan bagian terbawah janin diperiksa dari perut ibu dalam perliamaan yang masih terasa diatas symphysis pubis
- 3) Pemeriksaan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan periksa dalam (setiap 4 jam) dan catat dengan tanda (o) pada posissi 0/5 paruh kepala atas berada dibawah symphysis.

g. Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm perjam.

Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus sudah berada ditempat rujukan sebelum garis waspada bertindak terlampaui.

h. Kontraksi Uterus

His

- 1) His diamati menurut frekuensi, lamanya kekuatan dan relaksasi

2) Dicatat his berapa kali dalam 10 menit dan dicatat setiap setengah jam.

i. Obat-obatan dan Cairan Yang diberikan

1) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dalam satuan tetesan per menit.

2) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

3) Kondisis ibu seperti nadi, tekana darah dan suhu tubuh kemudian urin: volume, protein, dan aseton.

j. Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hasil yang terjadi selama proses persalihan dan kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir.