

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Definisi**

Proses Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2009). Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2008). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifudin, 2009).

###### **b. Tanda-Tanda Kehamilan**

Menurut Manuaba (2009) untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Tanda Dugaan Kehamilan
- 2) Tanda Pasti Kehamilan:
  - a) Gerakan janin dalam rahim

Terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.

b) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop Laenec, alat Kardiotografi, dan Doppler serta dapat dilihat dengan ultrasonografi (USG). Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin (Manuaba, 2009).

c. Masa kehamilan

Menurut Kusmiyati (2010) masa kehamilan dibagi menjadi tiga Trimester yaitu:

1) Trimester I

Tahap embrio berlangsung dari hari ke-15 sampai sekitar 8 minggu setelah konsepsi. Tahap ini merupakan masa organogenesis yaitu masa yang paling kritis dalam perkembangan sistem organ dan penampilan luar janin. Pada akhir 12 minggu pertama kehamilan jantung, usus, lengkap di dalam abdomen, genitalia sudah mulai terbentuk, anus sudah terbentuk, dan muka seperti manusia. Janin dapat menelan, melakukan gerakan pernapasan, kencing, menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata dan mengerutkan dahi.

2) Trimester II dan Trimester III

Pada akhir kehamilan 20 minggu ibu sudah dapat merasakan gerakan janin, sudah terdapat mekoneum di dalam usus dan sudah terdapat lemak verniks pada kulit. Pada kehamilan 28 minggu janin

mempunyai priode tidur dan aktivitas merespon suara dan melakukan gerakan pernafasan.

Pada usia kehamilan 32 minggu kulit janin biasanya mengkerut dan testis sudah turun ke skrotum pada bayi laki-laki. Pada usia 36-40 minggu jika ibu mendapatkan gizi yang cukup, kebanyakan berat bayi antara 3 sampai 3,5 kg dan panjang 35 cm.

#### **d. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Kehamilan**

Menurut Kusmiyati (2010) pada ibu hamil akan mengalami perubahan anatomi dan fisiologi diantaranya:

##### 1) Sistem Reproduksi

###### a) Uterus

Rahim atau uterus yang awal besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk di ketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola

hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan.

| No. | Umur Kehamilan (minggu) | Tinggi Fundus Uteri ( <i>Leopold</i> )                | Tinggi Fundus Uteri (cm) |
|-----|-------------------------|---|--------------------------|
| 1   | 12                      | Di atas simfisis                                      | -                        |
| 2   | 16                      | Pertengahan pusat dan simfisis                        | -                        |
| 3   | 20                      | Di pinggir bawah pusat                                | -                        |
| 4   | 24                      | Di pinggir atas pusat                                 | -                        |
| 5   | 28                      | 3 jari atas pusat                                     | 25                       |
| 6   | 32                      | Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px) | 27                       |
| 7   | 36                      | 1 jari bawah px                                       | 30                       |
| 8   | 40                      | 2-3 jari bawah px                                     | 33                       |

Sumber: Kusmiati (2010)

b) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara dipengaruhi hormon estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin.

- 2) Sistem Respirasi
- 3) Sistem Urinaria
- 4) Sistem Muskuloskeletal
- 5) Penambahan Berat Badan

Pertambahan berat badan selama kehamilan sebagian besar di akibatkan oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan ekstrasvaskuler. Sebagian kecil

penambahan berat badan tersebut di akibatkan oleh perubahan metabolik yang mengakibatkan penambahan air selular dan penumpukan lemak dan protein baru, yang disebut cadangan ibu. Hytten (1991) melaporkan suatu pertambahan berat badan rata-rata sebanyak 12,5 kg (Cunningham, 2012).

**e. Skor Poedjie Rochjati**

Skor Poedji Rochjati adalah alat untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji. Tujuannya yaitu melakukan pengelompokan sesuai dengan risiko kehamilan, dan mempersiapkan tempat persalinan yang aman sesuai dengan kebutuhan serta melakukan pemberdayaan terhadap ibu hamil, suami, maupun keluarga agar mempersiapkan mental, biaya untuk rujukan terencana. Semakin tinggi skor, maka semakin intensif pula perawatan dan penanganannya (Rochjati, 2011).

1) Cara pemberian skor

- a) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2, 4, dan 8.
- b) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- c) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklamsia berat/eklamsia diberi skor 8.

2) Kelompok faktor risiko

### 3) Kelompok kehamilan

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil.

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, yaitu kehamilan tanpa faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, pada kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu (umur lintang) dengan faktor risiko-APGO atau AGO.
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$ , yaitu pada kehamilan dengan faktor risiko ganda 2 atau lebih, kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan meningkat pula pada ibu hamil dengan faktor risiko-AFGO dan AGO, ibu dengan gawat obstetrik, ibu hamil sehat namun dengan prakiraan komplikasi dalam persalinan, membutuhkan Persalinan Aman di tempat dan penolong sesuai dengan faktor risikonya, dilakukan Rujukan Terencana ke Puskesmas PONEK atau RS PONEK.

## f. Grande Multi

Pengertian terlalu banyak anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu (Rochjati, 2011).

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak lebih dari 4 kali adalah:

### 1) Kelainan letak, persalinan letak lintang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Tipe letak sungsang yaitu: *Frank breech* (50-70%) yaitu kedua tungkai fleksi, *Complete breech* (5-10%) yaitu tungkai atas lurus keatas, tungkai bawah ekstensi, *Footling* (10-30%) yaitu satu atau kedua tungkai atas ekstensi, presentasi kaki. Banyak faktor yang dapat menyebabkan kelainan letak presentasi bokong, diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul ibu. Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan multigravida dibanding pada primigravida, sedangkan jika dihubungkan dengan panggul ibu maka angka kejadian presentasi bokong terbanyak adalah pada panggul sempit, dikarenakan fiksasi kepala janin yang tidak baik pada Pintu Atas Panggul (PAP) (Syarifudin, 2009).

## 2) Robekan rahim pada kelainan letak sungsang

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan postpartum. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan kelainan letak janin pada saat persalinan.

Umumnya perlukaan perineum terjadi pada tempat dimana muka janin menghadap. Robekan perineum dapat mengakibatkan pula robekan jaringan pararektal sehingga rektum terlepas dari jaringan sekitarnya. Diagnosa *rupture perineum* ditegakkan dengan pemeriksaan langsung. Pada tempat terjadinya robekan akan timbul perdarahan yang bersifat arterial (Prawirohardjo, 2007).

## 3) Persalinan lama

Paritas mempengaruhi durasi dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir, namun pada grande dan multipara semakin banyak jumlah bayi yang dilahirkan, persalinan lebih lama, hal ini diduga akibat keletihan pada otot-otot uterus (Varney, 2008).

## 4) Perdarahan pasca persalinan

Semakin tinggi paritas perdarahan dan mortalitas ibu beserta mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2008).

### **g. Paritas**

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan (BKKBN, 2006). Paritas adalah jumlah kehamilan



yang dilahirkan atau jumlah anak yang di miliki baik dari hasil pernikahan sekarang atau sebelumnya lebih dari tiga (Suparyanto, 2010). Paritas adalah keadaan melahirkan anak hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2003).

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen yang sering ditulis dengan notasi G-P-Ab, G menyatakan jumlah kehamilan gertasi, P menyatakan paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus (Stedman, 2003).

#### 1) Klasifikasi Jumlah Paritas

##### a) Nulipara

Nulipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali (Manuaba, 2009).

##### b) Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali (Manuaba, 2009).

##### c) Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2011).

##### d) Grandemultipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup atau mati (Mochtar, 2009).

## 2) Faktor risiko yang disebabkan oleh Paritas

### a) Plasenta Previa

Plasenta Previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Prawirohardjo, 2010).

Etiologi terjadinya plasenta previa tidak selalu dapat diterangkan dengan jelas. Tetapi, paritas tinggi sering ditemukan pada plasenta previa (Liwellyn, 2002).

Beberapa pendapat menerangkan kejadian plasenta previa, antara lain kejadian plasenta previa meningkat pada keadaan endometrium yang kurang baik seperti vaskularisasi yang berkurang atau perubahan atrofi pada desidua (Mose, 2004). Vaskularisasi pada desidua yang berkurang plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin (Wardana dan Karkata, 2007). Kejadian plasenta previa tiga kali lebih sering pada wanita multipara daripada primipara. Pada multipara plasenta previa disebabkan vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir (Sumapraja dan Rachimhadi, 2005).

b) Persalinan Prematur (kurang bulan)

Prematur adalah bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram untuk masa kehamilan, atau di sebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (Maryanti, 2011).

Bayi permatur adalah persalinan belum cukup umur di bawah 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram (Manuaba, 2012).

Jumlah paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kelahiran prematur karena jumlah paritas dapat mempengaruhi keadaan kesehatan ibu dalam kehamilan (Nurdiana, 2008).

c) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Dahulu neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2500 gram disebut prematur. Pada tahun 1961 oleh WHO semua bayi yang baru lahir dengan berat kurang 2500 gram disebut Low Birth Weight Infants (Proverawati, 2010). Menurut hasil penelitian yang dilakukan Asiah 2012 faktor yang mempengaruhi BBLR salah satu yang paling berperan adalah faktor ibu pada waktu sebelum dan saat hamil.

Seperti umur ibu, paritas ibu, jarak kehamilan dan riwayat melahirkan.

## **h. Antenatal Care**

### **1. Konsep Antenatal Care**

Menurut Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu (2010), pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat di pisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas. Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas. Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a) Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.

- b) Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan.
- c) Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
- d) Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
- e) Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f) Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

- a) Timbang berat badan
- b) Ukur lingkar lengan atas (LLA)
- c) Ukur tekanan darah
- d) Ukur tinggi fundus uteri
- e) Hitung denyut jantung janin (DJJ)
- f) Tentukan presentasi janin
- g) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- h) Beri tablet tambah darah (tablet besi)
- i) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- (1) Pemeriksaan golongan darah
  - (2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)
  - (3) Pemeriksaan protein dalam urin
  - (4) Pemeriksaan kadar gula darah.
  - (5) Pemeriksaan darah Malaria
  - (6) Pemeriksaan tes Sifilis
  - (7) Pemeriksaan HIV
  - (8) Pemeriksaan BTA
- j) Tatalaksana/penanganan Kasus
- k) KIE Efektif

KIE efektif dalam layanan yang diberikan dapat di bagi menjadi dua sifat yaitu bersifat promotif dan preventif. Tujuan diberikannya kie secara promotif dan preventif ini agar terjadinya layanan yang bermutu yang mampu mensejahterakan kesehatan ibu dan janin. KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- (1) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup

selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

(2) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.

(3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

(4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil dapat mengenali tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb.

Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

(5) Asupan gizi seimbang Selama hamil

Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

(6) Gejala penyakit menular dan tidak menular di daerah tertentu (risiko tinggi)

(7) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

(8) KB paska persalinan

Memberikan pengarahan pada ibu hamil tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.



(9) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi tetanus toksoid untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum

(10) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain booster)

2. Jadwal pemeriksaan ANC

Menurut Manuaba (2010) jadwal pemeriksaan kehamilan dibagi menjadi:

a) Trimester I dan II

Trimester I >14 minggu dan trimester II <28 kunjungan setiap bulan sekali, melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan Hb, HbsAg, konseling tentang kebutuhan nutrisi dengan anjuran diet empat sehat lima sempurna, tambahan protein 0,5 g/g BB (satu telur/hari), observasi apakah adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, dan komplikasi kehamilan, memberikan imunisasi TT. Rencana untuk pengobatan penyakit atau keluhan dan menganjurkan klien untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi.

b) Trimester III

Trimester III <36 kunjungan dilakukan setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran, saat umur kehamilan >36 minggu kunjungan dilakukan setiap minggu.

Mengevaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan. Mengobservasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga. Rencana pengobatan. Memberikan konseling tentang tanda persalinan, kemana harus datang untuk melahirkan.

### 3. Pemeriksaan yang dilakukan saat ANC

Menurut Manuaba (2012) pemeriksaan ibu hamil meliputi:

- a) Pemeriksaan umum meliputi: keadaan umum, keadaan emosional, tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan dan lingkaran lengan atas
- b) Tinggi badan dan penimbangan berat badan
- c) Tanda-tanda vital meliputi: tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
- d) Pemeriksaan fisik *head to toe* (inspeksi, palpasi, perkusi)
- e) Pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan laboratorium
- f) Pemeriksaan Leopold
- g) Pemeriksaan DJJ

## 2. Persalinan

### a. Definisi

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) (Manuaba, 2012).

Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Mochtar, 2012). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

**b. Jenis Persalinan**

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2011).

2) Persalinan Buatan

3) Persalinan Anjuran

**c. Jenis Persalinan menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin**

Menurut Marmi (2012) jenis persalinan menurut usia kehamilan dan berat janin dibagi menjadi:

1) Abortus

2) Persalinan Immaturus

3) Persalinan Prematuritas

4) Persalinan Aterm yaitu persalinan antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

5) Persalinan Serotinus

6) Persalinan Presipitatus

#### **d. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Menurut Kennedy (2013) terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu:

- 1) Tenaga (Power)
- 2) Isi Kehamilan (Passenger)

Faktor passanger terdiri atas 3 komponen, yaitu:

##### a) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin.

##### b) Air Ketuban

Saat persalinan air ketuban membuka servik dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri.

##### c) Plasenta

Plasenta merupakan penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

##### d) Jalan Lahir (Passage)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil

menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus di tentukan sebelum persalinan di mulai.

e) Psikis Ibu bersalin

Menjelang persalinan, banyak hal mengkhawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Takut bayi cacat, takut harus operasi, takut persalinannya lama dan sebagainya. Kontraksi yang semakin meningkat menambah beban ibu, sehingga kekhawatiran pun bertambah. Pada kondisi inilah apabila tidak ditangani dengan baik dapat merusak konsentrasi ibu sehingga persalinan menjadi terganggu.

**e. Tanda dan Gejala Persalinan**

Menurut Varney (2008) tanda dan gejala persalinan dibagi menjadi:

1) Lightening

Tanda ini akan mulai di rasakan dua minggu sebelum persalinan yaitu ketika penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut yang akan dialami oleh ibu antara lain ibu jadi sering berkemih, perasaan tidak nyaman pada panggul, nyeri, kram pada tungkai dan timbul edema. Lightening dapat digunakan untuk meninjau perencanaan pada ibu untuk persalinannya sekaligus informasi tentang keadekuatan pintu atas panggul.

## 2) Perubahan Serviks

## 3) Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri yang memberikan pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi yang sebenarnya pada persalinan palsu timbul karena adanya kontraksi Braxton hicks. Hal ini dapat terjadi tiga sampai empat minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

## 4) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. Air ketuban bersifat sebagai desinfektan sehingga dapat menetralkan atau membersihkan jalan lahir dari bakteri, air ketuban melicinkan jalan lahir sehingga dapat mempercepat proses persalinan, pecahnya ketuban ini mengakibatkan bagian terendah janin akan menekan serviks sehingga mempercepat pembukaan, bagian terendah akan merangsang *pleksus frankenhauser* yang terletak pada pertemuan kedua ligamentum sakrouterinum sehingga menimbulkan refleks mengejan (Manuaba, 2007).

## 5) *Bloody Show*

*Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus di bedakan dengan cermat dari perdarahan murni dan terkadang plak ini di keluarkan dalam

bentuk massa. *Bloody show* akan muncul biasanya dalam 24 hingga 48 jam sebelum persalinan.

6) Lonjakan energi

Mayoritas wanita akan mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum persalinan. Wanita akan lebih energik dalam melakukan aktivitasnya, sehingga saat memasuki masa persalinan dapat terjadi keletihan dan sering kali terjadi persalinan yang sulit dan lama.

**f. Mekanisme Persalinan**

Menurut Holmes & Baker (2011) mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap panggul ibu. Hal tersebut antara lain: *engagement*, penurunan kepala, fleksi, rotasi internal, lahirnya kepal, putaran paksi luar, pelahiran bahu.

**g. Proses Persalinan Normal**

1) Kala Satu

Persalinan dinyatakan dimulai apabila timbul his teratur dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah (*bloody show*). Lendir ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar, sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Mochtar, 2012).

Menurut Mochtar (2012) proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yakni:

- a) Fase Laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- b) Fase Aktif: dibagi menjadi 3 fase lagi, yakni:
  - (1) Fase Akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 ke 4 cm.
  - (2) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - (3) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Lama kala satu untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm/jam, sedangkan pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm/jam.

Asuhan yang dapat diberikan berupa :

- a) Menghadirkan orang yang di anggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat.
- b) Mengatur aktivitas dan posisi ibu sesuai kenyamanan ibu
- c) Membimbing ibu untuk rileks, sewaktu ada his menarik nafas panjang, ditahan sebentar dan kemudian dilepaskan melalui mulut
- d) Menjaga privasi ibu dengan menggunakan penutup atau tirai serta tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizing ibu



- e) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan
- f) Menjaga kebersihan ibu dengan di perbolehkan mandi
- g) Mengatasi rasa panas dengan menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar
- h) *Massase*, melakukan pijatan pada punggung atau mengusap perut ibu dengan lembut
- i) Memberikan cukup minum
- j) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong dengan menganjurkan ibu untuk kencing sesering mungkin
- k) Memberikan sentuhan, sesuai dengan keinginan ibu

Tabel 2. Pemantauan Persalinan

| <b>Parameter</b> | <b>Frekuensi pada fase laten</b> | <b>Frekuensi pada Fase aktif</b> |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Tekanan darah    | Setiap 4 jam                     | Setiap 4 jam                     |
| Suhu             | Setiap 4 jam                     | Setiap 4 jam                     |
| Nadi             | Setiap 30 menit                  | Setiap 30 menit                  |
| DJJ              | Setiap 1 jam                     | Setiap 30ment                    |
| Kontraksi        | Setiap 1 jam                     | Setiap 30ment                    |
| Pembukaan        | Setiap 4 jam                     | Setiap 4 jam                     |
| Penurunan        | Setiap 4 jam                     | Setiap 4 jam                     |

Sumber: Saifuddin ( 2009)

## 2) Kala Dua

Kala dua persalinan di mulai dengan dilatasi lengkap serviks dan di akhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini di kenal dengan kala ekspulsi (Varney, 2008). Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Saifuddin, 2009).

Asuhan kebidanan yang dapat diberikan selama persalinan normal berupa:

- a) Memberikan dukungan kepada ibu dengan menghadirkan seseorang untuk mendampingi ibu agar ibu merasa nyaman
  - b) Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi
  - c) Mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan bagi ibu
  - d) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan menjaga privasi ibu, menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan serta prosedur yang akan di lakukan dan keterlibatan ibu
  - e) Mengatur posisi ibu (tidur miring atau setengah duduk)
  - f) Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin agar kandung kemih tetap kosong
  - g) Memberikan cukup minum untuk memberi tenaga pada ibu dan mencegah dehidrasi
  - h) Memimpin ibu mengedan saat ada his setelah pembukaan lengkap
  - i) Memantau denyut jantung janin setelah setiap kontraksi
  - j) Melahirkan bayi
- 3) Kala Tiga

Partus kala tiga atau kala uri di mulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5 dan 10 menit. Resiko perdarahan pada kala tiga

ini meningkat apabila lebih lama dari 30 menit, terutama 30 dan 60 menit (Varney, 2008).

Lama persalinan kala tiga pada primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Manajemen aktif pada kala tiga persalinan mempercepat lahirnya plasenta dan dapat mencegah serta mengurangi perdarahan post partum.

Manajemen Aktif Kala tiga:

- a) Memberikan oksitosin 10 IU melalui injeksi intramuskular pada paha anterolateral 1 menit setelah bayi lahir
  - b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
  - c) Massase fundus uteri
- 4) Kala Empat

Kala empat di sebut juga sebagai kala pengawasan. Kala empat di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum (Asri & Clervo, 2010).

Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu terutama kematian di sebabkan karena perdarahan.

Penanganan pada kala empat:

- a) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase uterus sampai menjadi keras.

- b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- c) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi
- d) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- e) Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- f) Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI.
- g) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
- h) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin 2009).

#### **h. Partograf**

Partograf adalah alat yang di pakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan.

- 1) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- 2) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernoda darah

- 3) Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase):
  - a) Sutura yang tepat dan bersesuaian
  - b) Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
  - c) Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- 4) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x)
- 5) Penurunan, mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
- 6) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima
- 7) Jam, dicatat jam sesungguhnya
- 8) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik dengan tanda:
  - a) Kurang dari 20 detik di gambar pada balok titik penuh (lemah)
  - b) Antara 20-40 detik di gambar pada balok arsir penuh (sedang)
  - c) Lebih dari 40 detik di gambar pada balok blok hitam penuh (kuat)
- 9) Oksitosin, apabila memakai oksitosin catat banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit
- 10) Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan

- 11) Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase laten dan fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar
- 12) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam
- 13) Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten dan setiap 2 jam pada fase aktif
- 14) Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009).

**i. Asuhan Persalinan Normal**

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II: Ibu ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya tekanan pada rektum dan/atau vagina, perineum menonjol, vulva–vagina dan sfingterani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- 2) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat–obatan  
Memastikan kelengkapan peralatan dan obat-obat *essensial* untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Menyiapkan peralatan asfiksia.
  - a) Menggelar kain diatas perut ibu
  - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan suntik steril
- 3) Memakai celemek, penutup kepala, masker penutup mulut, dan pelindung mata (kacamata) yang bersih dan nyaman
- 4) Melepaskan semua perhiasan dan jam tangan dan mencuci tangan
- 5) Memakai sarung tangan steril

- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik, secara steril
- 7) Membersihkan vulva dan perineum
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap bila selaput ketuban belum pecah maka di perlukan tindakan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan ke larutan klorin 0,5%. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 kali/menit). Mengambil tindakan yang sesuai prosedur jika DJJ tidak normal dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam dan DJJ di lembar partograf
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Memposisi ibu mengambil posisi nyaman. Menunggu hingga timbul keinginan untuk meneran, memantau kondisi dan kenyamanan ibu dan janin, dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
- 12) Menganjurkan keluarga ibu untuk membantu dan mendukung usahanya yaitu menyiapkan posisi meneran.
- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan dorongan yang kuat untuk meneran:
  - a) Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman
  - b) Membimbing agar dapat meneran secara benar dan efektif

- c) Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan memperbaiki meneran jika caranya salah.
  - d) Memberikan cukup cairan dan memperbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan.
  - e) Menganjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi
  - f) Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat kepada Ibu.
  - g) Menilai DJJ setiap 15 menit atau setelah kontraksi selesai
  - h) Melakukan stimulasi putting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi.
  - i) Segera rujuk jika bayi tidak lahir setelah 120 menit meneran (primigravida), atau 60 menit meneran (multigravida)
- 14) Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, menganjurkan ibu untuk berjalan atau mengambil posisi yang nyaman. Memantau kondisi ibu dan janin dan mencatat semua dalam partograf.
- 15) Saat kepala bayi membuka vulva (5–6 cm), meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong Ibu.
- 16) Menempatkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir.
- 17) Membuka partus set dan memperhatikan kembali alat dan bahan
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan



- 19) Melindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari di salah satu perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan lain pada belakan kepala bayi. Menahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.
- 20) Setelah kepala bayi lahir, meminta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Memeriksa apakah ada lilitan tali pusat pada leher. Jika ada lilitan cukup longgar maka lepaskan lilitan tali pusat dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat di antara dua klem.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Meletakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, meminta ibu meneran sambil menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis. Setelah bahu depan lahir, menggerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat di lahirkan.
- 23) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Menggunakan jari-jari tangan yang sama untuk mengendalikan kelahiran siku dan tangan pada sisi posterior bayi pada saat melewati perineum. Tangan bawah (posterior) menopang

samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, melanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong, dan kaki. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari lainnya.
- 25) Melakukan penilaian selintas meliputi: Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?, Apakah bayi bergerak aktif?
- 26) Meletakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Memberitahu ibu akan disuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Melakukan pemotongan diantara kedua klem dengan menggunakan gunting steril dilanjutkan dengan pengikatan tali pusat.
- 32) Mengganti handuk basah dan selimuti bayi untuk melakukan inisiasi menyusui dini
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem tali pusat (penjepit untuk memotong tali pusat saat kala dua) pada tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat diatas simfisis pubis untuk mendeteksi kontraksi uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah terjadi kontraksi uterus, menegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso–kraniol). Melakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.

- 37) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, melakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak 5–10 cm dari *vulva* dan melahirkan plasenta.
  - b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, melakukan keterampilan (aseptik) jika kandung kemih penuh, meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya, dan jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
- 38) Saat plasenta terlihat pada introitus vagina, melahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.
- 39) Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, dengan cara telapak tangan berada fundus dan digerakkan melingkar dengan lembut dan mantap hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) .
- 40) Memeriksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) dan sisi fetal (yang menghadap ke bayi)

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.  
Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah satu jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberikan tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
  - a) Dua sampai tiga kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
  - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
  - c) Setiap 20–30 menit pada jam kedua pasca persalinan
  - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan penatalaksanaan atonia uteri.
- 47) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua.

- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40–60 kali) serta suhu tubuh normal (36,5–37,5 °C).
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah kontaminasi.
- 52) Membuang bahan–bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 55) Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

### **3. Masa Nifas/Puerperium**

#### **a. Definisi**

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Maritalia, 2012).

#### **b. Tahapan Masa Nifas**

Menurut Sulistyawati (2009) masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu:

##### 1) Puerperium dini (2-6 jam)

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

##### 2) Puerperium Intermedial

Merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia, selama 6-8 minggu.

##### 3) Remote puerperium

Waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap waktu persalinan mengalami komplikasi.

### c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Normal

#### 1) Sistem Reproduksi

##### a) Uterus

Pengembalian uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini di mulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, uterus kira-kira sebesar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu kira-kira sebesar *grapefruit* atau jeruk asam dengan berat kira-kira 1000 gram.

Selama 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Beberapa hari kemudian, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1 sampai 2 cm setiap 24 jam. Fundus normal dapat berada di pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis pada hari pascapartum minggu ke-6. Uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari ke-9 pascapartum. Uterus yang pada waktu hamil penuh (*full-term*) mencapai 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi menjadi kira-kira 500 gram 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gram 2 minggu setelah melahirkan. Seminggu setelah melahirkan, uterus berada di dalam panggul



sejati lagi. Pada minggu ke-6, berat uterus menjadi 50 sampai 60 gram (Roito, J & Mardiah, 2013).

b) Lokhea

Lokhea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lokhea berubah: lokhea rubra, serosa, dan alba.

Tabel 3. Perubahan Lochea

| <b>Lochea</b>        | <b>Waktu</b>                | <b>Warna</b>       | <b>Kandungan</b>  |
|----------------------|-----------------------------|--------------------|---|
| Rubra                | 0-3 hari setelah melahirkan | Merah              | Darah dan jaringan desidua                                |
| Serosa/Sanguinolenta | 7-8 hari setelah melahirkan | Merah muda, kuning | Cairan serosa, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit. |
| Alba                 | 10 hari setelah melahirkan  | Putih, krem        | leukosit dan sel desidua                                  |

Sumber: Varney (2008)

c) Serviks

Serviks menjadi lunak setelah ibu melahirkan. Serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula 18 jam pascapartum. Muara serviks berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan, menutup secara bertahap. Dua jari masih dapat dimasukkan ke dalam muara serviks pada hari ke-4 sampai ke-6 pascapartum, tetapi hanya

tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke-2 (Roito, J & Mardiah, 2013).

d) Vagina dan Perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami edema memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum (Varney, 2008).

e) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, 2008).

2) Perubahan Sistem Renal

Pelvis renalis dan ureter, yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu ke-4 pascapartum. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih (Varney, 2008).

### 3) Perubahan Gastro Intestinal

#### a) Nafsu makan

Ibu biasanya lapar setelah melahirkan dan diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan ringan. Permintaan untuk memperoleh makanan menjadi dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi (Roito, J & Mardiah, 2013).

#### b) Defekasi

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat. Selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi (Varney, 2008).

### 4) Perubahan Sistem Perkemihan

Dalam 12 jam setelah melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum (Roito, J & Mardiah, 2013).

### 5) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pascapartum. Adaptasi tersebut mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran rahim. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah ibu melahirkan (Roito, J & Mardiah, 2013).

**d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

- 1) Kebersihan diri
- 2) Istiraha
- 3) Gizi

Ibu yang menyusui harus:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari untuk ibu menyusui, 300 kalori untuk ibu tidak menyusui.
  - b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
  - c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)
  - d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
  - e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya. (Saifuddin 2009)
- 4) Eliminasi
  - 5) Hubungan perkawinan/rumah tangga

**e. Kunjungan Ulang Masa Nifas**

Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas antara lain:

Tabel 4. Kunjungan Ulang Nifas

| No | Kunjungan Nifas / KF                          | Tujuan   |
|----|---|--|
| 1  | KF 1 (6 jam sampai 3 hari setelah persalinan) | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut</li> <li>c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>d. Pemberian ASI awal</li> <li>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayinya</li> <li>f. Menjaga kehangatan bayi</li> </ul>   |
| 2  | KF 2 (4-7 hari setelah persalinan)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan involusi uterus; kontraksi uterus; fundus dibawah pusat, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau</li> <li>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal</li> <li>c. Memastikan ibu cukup makan, cairan dan istirahat</li> <li>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit</li> <li>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari</li> </ul> |
| 3  | KF 3 (8- 14 hari setelah persalinan)          | Sama seperti diatas  |
| 4  | KF 4 (>15 hari setelah persalinan)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami</li> <li>b. Memberikan konseling KB secara dini</li> </ul>  |

Sumber: Sulistyawati (2009)

#### 4. Bayi Baru Lahir/Neonatus

##### a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 -28 hari. Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifuddin *dalam* Marmi, 2012).

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010)

**b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut (Muslihatun, 2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung pada menit-menit pertama  $\pm 180$  kali/menit kemudian turun 120-160 kali/menit
- 6) Pernafasan pada menit-menit pertama  $\pm 80$  kali/menit kemudian turun 60-40 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia, perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Reflek moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Reflek grasps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

**c. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir**

Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir normal menurut Saifuddin (2009) adalah sebagai berikut:

- 1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit.
- 2) Kehangatan terlalu panas ( $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ )
- 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru/pucat, memar.
- 4) Pemberian makan hisapan lemah, berlebihan, banyak muntah.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- 6) Infeksi tali pusat suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah). Berbau busuk, sulit bernapas.
- 7) Tinja/kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- 8) Aktivitas menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

**d. Perawatan Bayi Baru Lahir Umur 0-2 jam**

Menurut Cunningham (2012) ada beberapa tindakan yang harus di lakukan seorang bidan dalam memberikan asuhan bayi baru lahir, tindakan yang harus dilakukan adalah sebagai berikut: skor APGAR, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian vitamin K, perawatan mata, imunisasi hepatitis B, pemeriksaan fisik, rawat gabung.

### e. Kunjungan Ulang Neonatus (KN)

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Kunjungan neonatal (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikit 3 kali ,selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir ,baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Jadwal kunjungannya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Kunjungan Ulang Neonatus

| No | Kunjungan Nifas / KN                | Tujuan   |
|----|-------------------------------------|--|
| 1  | KN 1 (24 jam setelah bayi lahir)    | a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir<br>b. Jaga selalu kehangatan bayi<br>c. Perhatikan intake dan output bayi<br>d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak<br>e. Komunikasikan kepada orang tua bayi bagaimana caranya merawat tali pusat<br>f. Dokumentasikan |
| 2  | KN 2 (4-7 hari setelah persalinan)  | a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir<br>b. Jaga selalu kehangatan bayi<br>c. Perhatikan intake dan output bayi<br>d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak<br>e. Dokumentasikan  |
| 3  | KN 3 (8-28 hari setelah persalinan) | a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir<br>b. Jaga selalu kehangatan bayi<br>c. Perhatikan intake dan output bayi<br>d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak<br>e. Dokumentasikan  |

Sumber: Muslihatun (2010)



## 5. Keluarga Berencana/KB

Pengenalan keluarga berencana telah dilakukan sejak ibu melakukan kunjungan ulang ANC dan kunjungan ulang nifas, berikut teori yang dapat menjelaskan tentang keluarga berencana:

### a. Definisi

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistiyawati, 2012).

### b. Metode Kontrasepsi

Menurut Handayani (2010) ada beberapa metode kontrasepsi, yaitu sebagai berikut:

#### 1) Metode kontrasepsi sederhana dan alamiah

Metode kontrasepsi sederhana dan alamiah ini terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (MAL, Coitus Interruptus, metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, dan simptotermal) dan metode kontrasepsi dengan alat (kondom, diafragma, cup serviks, dan spermisida).

#### 2) Metode kontrasepsi hormonal

Metode ini pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik seperti pada pil dan suntik) dan yang hanya mengandung progesteron saja (pil, suntik, dan implant)

- 3) Metode kontrasepsi AKDR (spiral atau IUD)
- 4) Metode kontrasepsi Permanen
- 5) Metode ini terdiri dari 2 macam yaitu MOW dan MOP.
- 6) Metode kontrasepsi darurat (Metode ini dipakai pada saat keadaan darurat ada 2 macam yaitu pil dan AKDR)

**c. Kontrasepsi Berdasarkan Penapisan**

Pembahasan kontrasepsi berikut penulis membahas 3 jenis kontrasepsi yang penulis bahas yaitu kondom, IUD, dan MOW. Penulis membahas ke-3 kontrasepsi ini berdasarkan penapisan sesuai dengan kasus dan yang di inginkan oleh klien.

1) Kondom

a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vili), atau bahan alami (produksi hewani) yang di pasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk

HIV/AIDS. Kondom efektif bila dipakai dengan baik dan benar. Standard kondom dilihat dari ketebalan, pada umumnya standard ketebalan adalah 0,02 mm.

b) Cara kerja kondom

(1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(2) Mencegah penularan mikroorganisme IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

2) IUD

a) Pengertian

IUD adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polythylene*), ada yang dililit tembaga (Cu) ada pula yang tidak, tetapi ada pula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesterone (Kusmarjati, 2011).

b) Cara Kerja

Menurut Saifuddin (2009) cara kerja IUD adalah:

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi

- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- (3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

c) Efektivitas

Keefektifitasan IUD adalah: sangat efektif yaitu 0,5–1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Arum & Sujiyatini, 2009).

3) Kontrasepsi MOW/Kontap/Steril

a) Pengertian

Kontrasepsi mantap adalah metode kontrasepsi yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

b) Cara Kerja

Mengikat atau memutuskan tuba falopi sehingga sel telur yang matang tidak sampai ke uterus

## c) Efektivitas

Efektivitas tinggi 99,6-99,8%. Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang.

Tabel 6. Keuntungan dan Kerugian Alkon

| ALKON  | Manfaat   | Kerugian  |
|--------|---|---|
| kondom | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Efektif bila digunakan dengan benar</li> <li>b. Tidak mengganggu produksi ASI,</li> <li>c. Tidak mempunyai pengaruh sistemik</li> <li>d. Murah dan dapat dibeli secara umum</li> <li>e. Dapat mencegah penularan IMS</li> <li>f. Mencegah ejakulasi dini</li> <li>g. Murah dan mudah didapat</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Efektifitas tidak terlalu tinggi</li> <li>b. Mengganggu hubungan seksual (ada sentuhan langsung)</li> <li>c. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi</li> <li>d. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual</li> <li>e. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi</li> </ul> |
| IUD    | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi efektif.</li> <li>b. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.</li> <li>c. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi)</li> <li>d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual</li> <li>e. Tidak ada efek samping hormonal</li> <li>f. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI</li> <li>g. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)</li> <li>h. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)</li> <li>b. Haid lebih lama dan banyak</li> <li>c. Perdarahan (spotting) antar menstruasi</li> </ul>   |
| MOW    | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Efektivitas tinggi 99,6-99,8% Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang</li> <li>b. Morbiditas dan mortalitas jarang</li> <li>c. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang</li> <li>d. Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi)</li> <li>b. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi</li> </ul>  |

Sumber: (BKKBN & Kemenkes RI, 2012)

## **B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

Di dalam proposal tugas akhir ini konsep dasar yang di pakai adalah konsep asuhan kebidanan varney dan diperkuat dengan KEPMENKES Nomor 369/Menkes/SKIII/2007 dan KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SKVIII/2007

### **1. Asuhan Kebidanan Varney**

#### **a. Langkah-langkah 7 langkah Varney**

##### **Langkah I: Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama dilakukan pengumpulan data dasar untuk mengumpulkan semua data yang di perlukan guna mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif dapat diperoleh melalui anamnesa langsung, maupun meninjau catatan dokumentasi asuhan sebelumnya, dan data objektif didapatkan dari pemeriksaan langsung pada pasien.

##### **Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan diagnosis yang sfesifik (sesuai dengan “nomenklatur standar diagnosa”) dan atau masalah yang menyertai. Dapat juga dirumuskan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

##### **Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

#### Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Segera

Penanganan segera pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

#### Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

#### Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis.

## 2. **KEPMENKES Nomor 369/Menkes/SKIII/2007KEPMENKES**

Menurut KEPMENKES Nomor 369/Menkes/SKIII /2007KEPMENKES, ruang lingkup standar kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Standar Pelayanan Umum (2 standar)
- b. Standar Pelayanan Antenatal (6 standar)
- c. Standar Pertolongan Persalinan (4 standar)
- d. Standar Pelayanan Nifas (3 standar)
- e. Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri-neonatal (9 standar)

Berikut pemaparan dari tiap-tiap standar:

### a. STANDAR PELAYANAN UMUM

#### STANDAR 1: PERSIAPAN UNTUK KEHIDUPAN KELUARGA SEHAT

Tujuan:

- 1) Memberikan penyuluh kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggung jawab.
- 2) Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, KB dan kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang baik.



- 3) Masyarakat dan perorangan ikut serta dalam upaya mencapai kehamilan yang sehat, ibu, keluarga dan masyarakat meningkatkan pengetahuannya tentang fungsi alat-alat reproduksi dan bahaya kehamilan pada usia muda.
- 4) Bidan bekerjasama dengan kader kesehatan dan sektor terkait sesuai dengan kebutuhan.

## STANDAR 2: PENCATATAN DAN PELAPORAN

### Tujuan:

- 1) Mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kinerja.
- 2) Bidan melakukan pencatatan semua kegiatan yang dilakukannya dengan seksama seperti yang sesungguhnya yaitu, pencatatan semua ibu hamil di wilayah kerja, rincian pelayanan yang telah diberikan sendiri oleh bidan kepada seluruh ibu hamil/ bersalin, nifas dan bayi baru lahir semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Disamping itu, bidan hendaknya mengikutsertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu hamil, ibu dalam proses melahirkan, ibu dalam masa nifas, dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan menyusun rencana kegiatan pribadi untuk meningkatkan pelayanan.

- 3) Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang baik.
- 4) Tersedia data untuk audit dan pengembangan diri.
- 5) Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kehamilan, kelahiran bayi dan pelayanan kebidanan.
- 6) Adanya kebijakan nasional/setempat untuk mencatat semua kelahiran dan kematian ibu dan bayi.
- 7) Sistem pencatatan dan pelaporan kelahiran dan kematian ibu dan bayi dilaksanakan sesuai ketentuan nasional atau setempat.
- 8) Bidan bekerja sama dengan kader/tokoh masyarakat dan memahami masalah kesehatan setempat.
- 9) Register Kohort ibu dan Bayi, Kartu Ibu, KMS Ibu Hamil, Buku KIA, dan PWS KIA, partograf digunakan untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan. Bidan memiliki persediaan yang cukup untuk semua dokumen yang diperlukan.
- 10) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menggunakan format pencatatan tersebut diatas.
- 11) Pemerataan ibu hamil.
- 12) Bidan memiliki semua dokumen yang diperlukan untuk mencatat jumlah kasus dan jadwal kerjanya setiap hari.
- 13) Pencatatan dan pelaporan merupakan hal yang penting bagi bidan untuk mempelajari hasil kerjanya.

- 14) Pencatatan dan pelaporan harus dilakukan pada saat pelaksanaan pelayanan. Menunda pencatatan akan meningkatkan resiko tidak tercatatnya informasi penting dalam pelaporan.
- 15) Pencatatan dan pelaporan harus mudah dibaca, cermat dan memuat tanggal, waktu dan paraf

b. STANDAR PELAYANAN ANTENATAL

STANDAR 3: IDENTIFIKASI IBU HAMIL

Tujuannya:

- 1) Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur
- 2) Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan hamil
- 3) Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu
- 4) Bidan bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan kader untuk menemukan ibu hamil dan memastikan bahwa semua ibu hamil telah memeriksakan kandungan secara dini dan teratur

- 5) Melakukan kunjungan rumah dan penyuluhan masyarakat secara teratur untuk menjelaskan tujuan pemeriksaan kehamilan kepada ibu hamil, suami, keluarga maupun masyarakat.

#### STANDAR 4: PEMERIKSAAN DAN PEMANTAUAN ANTENATAL

Tujuaanya:

- 1) Memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan
- 2) Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal
- 3) Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/ kelainan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat, dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas
- 4) Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan
- 5) Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat. Deteksi dini dan komplikasi kehamilan
- 6) Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan

- 7) Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan
- 8) Bidan mampu memberikan pelayanan antenatal berkualitas, termasuk penggunaan KMS ibu hamil dan kartu pencatatan hasil pemeriksaan kehamilan (kartu ibu )
- 9) Bidan ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan

#### STANDAR PELAYANAN 5: PALPASI ABDOMINAL

Tujuannya: Memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin

- 1) Pernyataan standar: Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan partisipasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu
- 2) Hasilnya: Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik. Diagnosis dini kehamilan letak, dan merujuknya sesuai kebutuhan. Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain serta merujuknya sesuai dengan kebutuhan
- 3) Persyaratannya:
  - a) Bidan telah dididik tentang prosedur palpasi abdominal yang benar

- b) Alat, misalnya meteran kain, stetoskop janin, tersedia dalam kondisi baik
- c) Tersedia tempat pemeriksaan yang tertutup dan dapat diterima masyarakat
- d) Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA, kartu ibu untuk pencatatan
- e) Adanya sistem rujukan yang berlaku bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan
- f) Bidan harus melaksanakan palpasi abdominal pada setiap kunjungan antenatal

#### STANDAR 6: PENGELOLAAN ANEMIA PADA KEHAMILAN

Tujuan: Menemukan anemia pada kehamilan secara dini, dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung

- 1) Pernyataan standar: Ada pedoman pengelolaan anemia pada kehamilan
- 2) Bidan mampu:
  - a) Mengenali dan mengelola anemia pada kehamilan
  - b) Memberikan penyuluhan gizi untuk mencegah anemia
  - c) Alat untuk mengukur kadar HB yang berfungsi baik
  - d) Tersedia tablet zat besi dan asam folat
  - e) Obat anti malaria (di daerah endemis malaria)
  - f) Obat cacing

- g) Menggunakan KMS ibu hamil/ buku KIA, kartu ibu
- h) Proses yang harus dilakukan bidan: Memeriksa kadar HB semua ibu hamil pada kunjungan pertama dan pada minggu ke-28. HB dibawah 11gr% pada kehamilan termasuk anemia , dibawah 8% adalah anemia berat. Dan jika anemia berat terjadi, misalnya wajah pucat, cepat lelah, kuku pucat kebiruan, kelopak mata sangat pucat, segera rujuk ibu hamil untuk pemeriksaan dan perawatan selanjutnya. Sarankan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet zat besi sampai 4-6 bulan setelah persalinan.

#### STANDAR 7: PENGELOLAAN DINI HIPERTENSI PADA KEHAMILAN

Tujuan: Mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan

- 1) Pernyataan standar: Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre-eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya
- 2) Hasilnya: Ibu hamil dengan tanda preeklamsi mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu, penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsi
- 3) Persyaratannya: Bidan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, pengukuran tekanan darah

- 4) Bidan mampu: Mengukur tekanan darah dengan benar, mengenali tanda-tanda preeklampsia, mendeteksi hipertensi pada kehamilan, dan melakukan tindak lanjut sesuai dengan ketentuan

#### STANDAR 8: PERSIAPAN PERSALINAN

- 1) Pernyataan standar: Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan di rencanakan dengan baik
- 2) Prasyarat:
  - a) Semua ibu harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilan
  - b) Adanya kebijaksanaan dan protokol nasional/setempat tentang indikasi persalinan yang harus dirujuk dan berlangsung di rumah sakit
  - c) Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
  - d) Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal tersedia
  - e) Perlengkapan penting yang di perlukan untuk melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman tersedia dalam keadaan DTT/steril
  - f) Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika terjadi kegawatdaruratan ibu dan janin



- g) Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA kartu ibu dan partograf
- h) Sistem rujukan yang efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama kehamilan

c. STANDAR PERTOLONGAN PERSALINAN

STANDAR 9: ASUHAN PERSALINAN KALA SATU

Tujuan: Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi

- 1) Pernyataan standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung
- 2) Hasilnya:
  - a) Ibu bersalin mendapatkan pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan
  - b) Meningkatkan cakupan persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih
  - c) Berkurangnya kematian/kesakitan ibu atau bayi akibat partus lama.

#### STANDAR 10: PERSALINAN KALA DUA YANG AMAN

Tujuan: Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi

- 1) Pernyataan standar: Menggunakan mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap
- 2) Persyaratan:
  - a) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/ketuban pecah
  - b) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman
  - c) Tersedianya alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan steril
  - d) Perlengkapan alat yang cukup

#### STANDAR 11: PENATALAKSANAAN AKTIF PERSALINAN KALA III

Tujuan: Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala 3, mencegah atoni uteri dan retensio plasenta

- 1) Pernyataan standar: Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

## STANDAR 12: PENANGANAN KALA II DENGAN GAWAT JANIN MELALUI EPISIOTOMI

Tujuan: Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum.

- 1) Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

### d. STANDAR PELAYANAN MASA NIFAS

## STANDAR 13: PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

Tujuan: Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi

- 1) Pernyataan standar: 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 dan menangani hipotermi

## STANDAR 14: PENANGANAN PADA 2 JAM PERTAMA SETELAH PERSALINAN

Tujuan: Mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama kala 4 untuk memulihkan kesehatan bayi, meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, memulai pemberian IMD

- 1) Pernyataan standar: Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang di perlukan

#### STANDAR 15: PELAYANAN BAGI IBU DAN BAYI PADA MASA NIFAS

Tujuan: Memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan penyuluhan ASI eksklusif

- 1) Pernyataan standar: Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ke tiga, minggu ke dua dan minggu ke enam 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, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB

#### e. STANDAR PENANGANAN KEGAWATAN OBSTETRI DAN NEONATAL

##### STANDAR 16: PENANGANAN PERDARAHAN DALAM KEHAMILAN PADA TRIMESTER III

Tujuan: Mengenali dan melakukan tindakan cepat dan tepat perdarahan dalam trimester 3 kehamilan

- 1) Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya

#### STANDAR 17: PENANGANAN KEGAWATAN DAN EKLAMSI

Tujuan: Mengenali secara dini tanda-tanda dan gejala preeklamsi berat dan memberi perawatan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawatdaruratan bila eklampsia terjadi

- 1) Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklampsia mengancam, serta merujuk dan atau memberikan pertolongan pertama.

#### STANDAR 18: PENANGANAN KEGAWATDARURATANAN PADA PARTUS LAMA

Tujuan: mengetahui dengan segera dan penanganan yang tepat keadaan kegawatdaruratan pada partus lama/macet

- 1) Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya

#### STANDAR 19: PERSALINAN DENGAN MENGGUNAKAN VACUM EKSTRATOR

Tujuan: untuk mempercepat persalinan pada keadaan tertentu dengan menggunakan vakum ekstraktor

- 1) Pernyataan standar: Bidan mengenali kapan di perlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dalam memberikan

pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan janin/bayinya

#### STANDAR 20: PENANGAN RETENSIO PLASENTA

Tujuan: mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total/parsial

- 1) Pernyataan standar: Bidan mampu mengenali retensio plasenta, dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan

#### STANDAR 21: PENANGANAN PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER

Tujuan: mengenali dan mengambil tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang tepat pada ibu yang mengalami perdarahan postpartum primer/atoni uteri

- 1) Pernyataan standar: Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan

#### STANDAR 22: PENANGANAN PERDARAHAN POST PARTUM SEKUNDER

Tujuan: mengenali gejala dan tanda-tanda perdarahan postpartum sekunder serta melakukan penanganan yang tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu

- 1) Pernyataan standar: Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan post partum sekunder, dan melakukan pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu, atau merujuknya

#### STANDAR 23: PENANGANAN SEPSIS PUERPERALIS

Tujuan: mengenali tanda-tanda sepsis puerperalis dan mengambil tindakan yang tepat

- 1) Pernyataan standar: Bidan mampu mengamati secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis, serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya

#### STANDAR 24: PENANGANAN ASFIKSIA NEONATORUM

Tujuan: mengenal dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia neonatorum, mengambil tindakan yang tepat dan melakukan pertolongan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang mengalami asfiksia neonatorum

- 1) Pernyataan standar: Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang di perlukan dan memberikan perawatan lanjutan

### 3. **KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SKVIII/2007**

Menurut KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SKVIII/2007

- a. Pengertian Standart Asuhan Kebidanan adalah standar asuhan kebidanan merupakan acuan dalam proses pengambilan keputusan dan

tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

b. Langkah-langkah

STANDAR I: Pengkajian

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria Pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap

b) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

c) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah

a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan



- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

#### STANDAR III: Perencanaan

##### 1) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

##### 2) Kriteria Perencanaan

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan, evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

#### STANDAR IV: Implementasi

##### 1) Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence*

*based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2) Kriteria Implementasi:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e) Menjaga privasi klien/pasien
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i) Melakukan tindakan sesuai standar
- j) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

STANDAR V: Evaluasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria Evaluasi:

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

STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan Standar

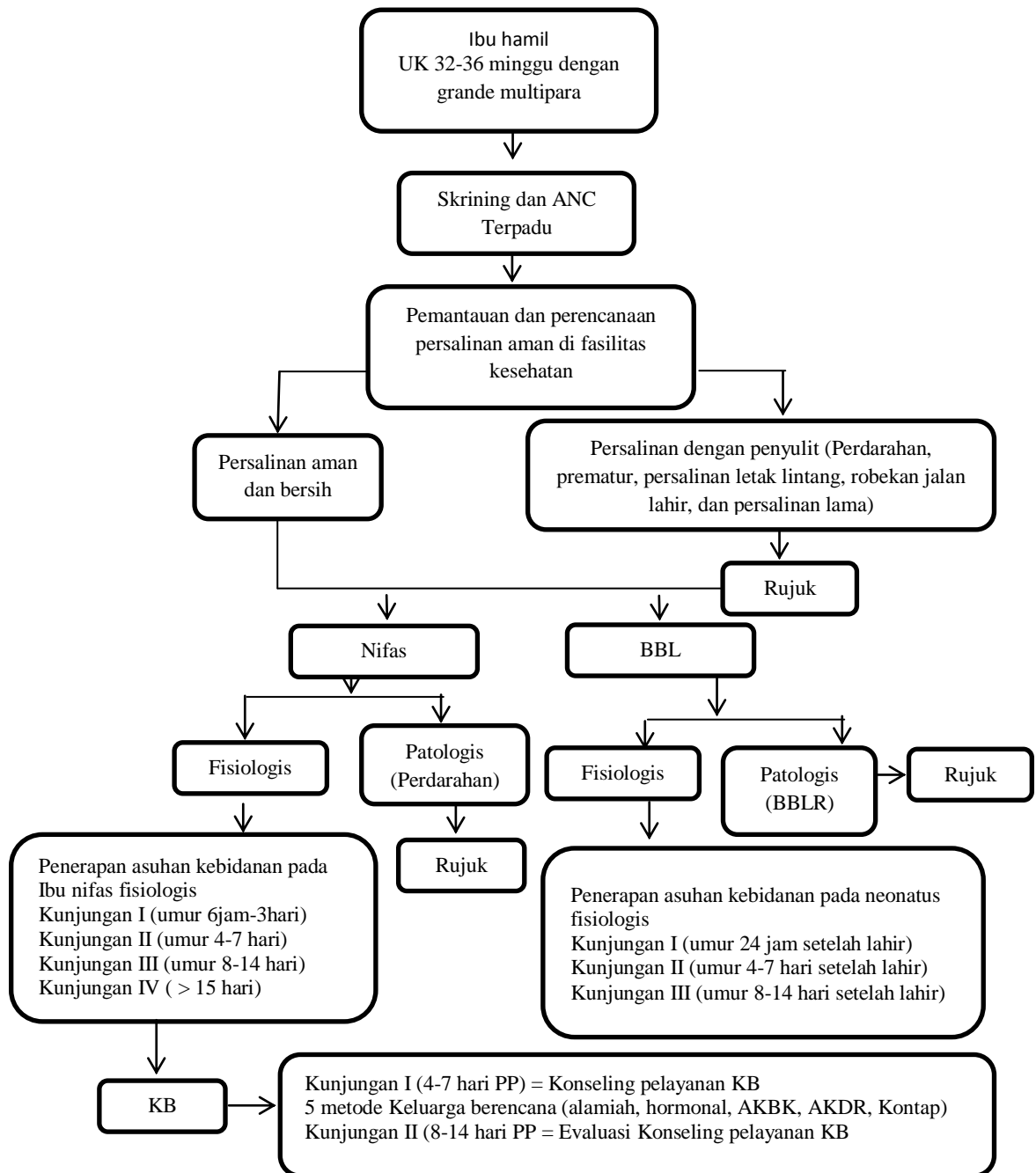
Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

2) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c) S adalah subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

### C. Flowchart Continuity of Care



Gambar 1. Flowchart Continuity of Care

(Sumber : Depkes RI Direktorat Jendral Bina Kesmas Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2008)