

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai dari konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010).

Kehamilan adalah urutan kejadian yang secara normal terdiri atas pembuahan, implantasi, pertumbuhan embrio, pertumbuhan janin dan berakhir pada kehamilan bayi. Ketika spermatozoa bertemu dengan ovum maka dimulailah awal kehamilan, setiap kehamilan selalu diawali dengan konsepsi yaitu pembuahan ovum oleh spermatozoa dan nidasi dari hasil konsepsi tersebut (Yongki dkk, 2012).

2.1.2 Perubahan fisiologis kehamilan trimester 3

1. Sistem reproduksi

a. Vagina dan perineum

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropisel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b. Serviks uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang.

c. Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis.

2. Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir keluar cairan yang berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

3. Sistem endokrin

Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya

pada plasma akan menurun. Hal ini juga di temukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami perbesaran 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasi kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Human Placental Lactogen (HPL) mengalami kenaikan dan pada saat aterm mencapai 2 gram /hari (Prawirohardjo, 2013)

4. Sistem perkemihan

Perubahan pada system perkemihan terjadi karena faktor hormone dan mekanis. Pada trimester I dan III terjadi peningkatan frekuensi BAK karena penekanan uterus yang membesar terhadap vesika urinaria sehingga kapasitasnya menurun. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air meningkat sehingga pembentukan urin meningkat.

5. Sistem pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ – organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

6. Sistem pernafasan

Pada kehamilan >32 minggu wanita hamil yang mngeluh rasa sesak dikarenakan usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma. Respirasi normal pada wanita hamil adalah 14-20x/menit. Kebutuhan O₂ ibu meningkat sebagai respon terhadap

percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan O₂ pada jaringan uterus dan payudara

7. Sistem peredaran darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah (hidremia). Volume darah akan bertambah banyak kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak kira-kira 30%.

Volume darah akan meningkat secara progresif dan mencapai puncaknya pada minggu ke-31 sampai 34 dengan perubahan kecil setelah minggu setelahnya. Volume plasma darah akan meningkat kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi progesterone dan esterogen pada ginjal. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit. Pada kehamilan lanjut kadar hemoglobin dibawah 11 g/ dl itu merupakan suatu hal yang abnormal dan biasanya lebih berhubungan dengan defisiensi zat besi dari pada dengan hipervolemia. Kebutuhan zat besi selama kehamilan kurang lebih 1.000 mg atau rata-rata 6-7 mg/ hari. Volume darah ini akan kembali seperti sediakala pada 2-6 minggu setelah persalinan. Jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5.000-12.000 / μ l dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000 / μ l (Prawirohardjo, 2013)

8. Sistem integument

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*.

Pada multipara selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang – kadang muncul dalam ukuran variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genetalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

9. Berat badan dan indeks masa tubuh

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang sebesar 0,5 kg dan pada perempuan dengan gizi berlebih sebesar 0,3 kg (Prawirohardjo, 2013).

Penambahan berat badan selama kehamilan ditentukan dengan menggunakan rumus IMT.

IMT

$$\frac{BB}{TB^2}$$

Keterangan: IMT: Indeks Massa Tubuh

BB: Berat Badan

TB: Tinggi Badan (m)

Tabel 2.1
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

IMT prahamil	Pertambahan total yang dianjurkan	
	Pon	kilogram
Rendah (IMT <19,8)	28-40	12,5-18
Normal (IMT 19,8-26)	25-35	11,5-16
Tinggi (IMT 26-29)	15-25	7-11,5
Obesitas (IMT >29)	<15	< 7
Gemelli		16-20 kg

(Sumber : Cuningham, Gery F, dkk. 2013 Obstetri william edisi 21. Jakarta: EGC. Halaman 46)

2.1.3 Perubahan dan adaptasi psikologis pada trimester 3

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
6. Merasa kehilangan perhatian
7. Perasaan mudah terluka (sensitif)

8. Libido menurun . (Sulistyawati, 2010)

2.1.4 Kebutuhan dasar ibu hamil

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat kira-kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, wanita hamil selalu bernafas lebih dalam dan bagian bawah toraksnya juga melebar ke sisi. Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma sulit bergerak. Akibatnya, tidak jarang wanita hamil mengeluh sesak nafas dan pendek nafas.

2. Nutrisi

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan ibu. Bila ibu hamil memiliki kelebihan berat badan, maka makanan pokok dan tepung-tepung dikurangi dan memperbanyak sayuran serta buah segar untuk menghindari sembelit.

Selama kehamilan, dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300-500 kilokalori/hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak yang ada pada janin, lemak pada ibu, dan konsumsi O₂ ibu selama 9 bulan.

3. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan minimal 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

4. Eliminasi

Desakan usus oleh pembesaran janin dapat menyebabkan bertambahnya konstipasi. Pencegahannya adalah mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih. Selain itu, pembesaran janin juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan tidak dianjurkan, karena menyebabkan dehidrasi.

5. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, *coitus* diperbolehkan sampai akhir kehamilan. *Coitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, *abortus / partus prematurus imminens*, ketuban pecah sebelum waktunya.

6. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan

a) Latihan senam hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Manfaat gerak badan selama hamil adalah sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik, dan tidur lebih nyenyak. Senam hamil ditunjukkan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, seperti penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit pernafasan, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan gestosis, hamil dengan kelainan letak), riwayat abortus berulang dan kehamilan disertai anemia.

7. Istirahat

Ibu hamil dianjurkan merencanakan istirahat teratur yaitu tidur malam hari \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam.

8. Imunisasi

Oleh petugas dianjurkan bilamana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi.(Yesie, 2010).

Tabel 2.2
Imunisasi TT pada Ibu Hamil

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0%	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80%	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95%	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99%	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99%	> 25 tahun / seumur hidup

(Sumber: Kemenkes RI. 2016. Buku Kesehatan Ibu dan Anak)

2.1.5 Tanda bahaya kehamilan

Selama kehamilan beberapa tanda bahaya yang dialami dapat dijadikan sebagai data dalam deteksi dini komplikasi akibat kehamilan. Jika pasien mengalami tanda-tanda bahaya ini maka sebaiknya segera dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan tindakan antisipasi untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan janin.

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut :

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester akhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah warna merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai rasa nyeri.

2. Sakit kepala hebat

Wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala yang sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius

adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia

3. Pengelihatn kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Tanda dan gejala seperti masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak misalnya pandangan kabur dan berbayang, perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsia.

4. Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki, bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

5. Nyeri abdomen yang hebat

Tanda dan gejala seperti ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester III, nyeri abdomen yang berhubungan dengan persalinan

normal adalah normal, nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Hal seperti ini berarti apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit atau infeksi lain.

6. Bayi kurang bergerak seperti biasa.

Ibu tidak merasa gerakan janin sesudah kehamilan trimester III. Normalnya ibu mulai merasakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah, gerakan bayi akan mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Tanda dan gejala yaitu gerakan bayi kurang dari tiga kali dalam periode 3 jam (Sulistyawati,2012).

2.1.6 Asuhan kehamilan terpadu

1. Pemeriksaan Kehamilan Pada Ibu Hamil

Pemeriksaan kehamilan hendaknya dilakukan sedini mungkin ialah segera setelah seorang wanita merasakan dirinya hamil, supaya dokter atau bidan mempunyai waktu yang cukup banyak untuk mengobati atau memperbaiki keadaan-keadaan yang kurang memuaskan. Pada umumnya kunjungan kehamilan / pemeriksaan kehamilan dilakukan :

- a. Minimal 1x pada trimester pertama
- b. Minimal 1x pada trimester kedua
- c. Minimal 2x pada trimester ketiga

Karena penyulit kehamilan seperti perdarahan antepartum, kelainan letak, dll baru timbul atau mempunyai arti pada triwulan terakhir dan bertambah besar kemungkinan terjadinya menjelang akhir kehamilan, maka sudah jelas bahwa pengawasan setelah trimester kedua harus diperketat. Aturan pemeriksaan tersebut diatas tentu hanya berlaku kalau segala normal.

Jika terdapat kelainan maka frekuensi pemeriksaan disesuaikan menurut kebutuhan pasien masing-masing. Misalnya jika wanita hamil banyak muntah pada hamil muda maka ia tidak dipesan kembali setelah 1 bulan, tetapi mungkin sekali seminggu atau 2 minggu sekali. (Saifuddin dkk, 2010).

2. Pelayanan ANC Terpadu bagi Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan 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.

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

a. Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Ukur Tinggi Badan cukup satu kali, ibu hamil yang tinggi badannya < 145 cm beresiko memiliki panggul sempit yang menyebabkan bisa melalui persalinan normal.

b. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

c. Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah > 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

d. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.3
Tinggi fundus uteri dengan pengukuran dari symphysis dalam satuan cm menurut Mac Donald

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri (cm)
28 minggu	26 cm
30 minggu	29-30 cm
32 minggu	29-30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32-33m
38 minggu	33 cm
40minggu	37 cm

(Sumber: Sofian. Amru. 2013. Sinopsis Obstetri jilid 1. Jakarta: EGC.)

e. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Tentukan presentasi janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke

panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

g. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

h. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

i. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya

karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes Sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis. Pemeriksaan Sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

j. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

k. KIE

KIE 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 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 diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

- 5) Asupan gizi seimbang.

Selama hamil, ibu dianjurkan 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.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, Tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

7) Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan penjelasan tentang risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya, dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak.

8) 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.

9) KB pasca persalinan.

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

(Kemenkes RI, 2010)

2.1.7 Kram Kaki

1. Definisi

kram kaki adalah kejang (spasm) otot yang bersifat mendadak dan terasa sangat sakit. Daerah yang paling sering kram adalah otot betis dibawah dan belakang lutut. Nyeri kram dapat berlangsung beberapa detik hingga menit dengan keparahan bervariasi. (Mardiana, 2010).

kram kaki adalah kontraksi otot keras pada otot betis atau telapak kaki, sebagian besar kram kaki terjadi malam hari atau ketika bangun tidur biasanya satu sampai dua menit. (Mirza maulana, 2012).

kram kaki adalah spasme otot yang nyeri intermiten pada otot kaki bawah kondisi yang sama adalah sindrom resah tungkai, yang ditandai dengan sensasi tidak menyenangkan pada kaki bawah yang berkisar dari kedutan sampai rasa terbakar hingga nyeri dan disertai oleh dorongan untuk menggerakkan kaki ketika istirahat. Kram kaki di perkirakan sindrom resah kaki dijumpai pada 10-11% ibu hamil (Blackburn dan loper, 1992).

2. Etiologi kram kaki

Etiologi menurut Syaifudin dkk, 2011: kram kaki adalah hal yang umum terjadi selama masa kehamilan dan dapat mengganggu kemampuan wanita untuk tidur. Kram kaki lebih sering terjadi pada malam hari. Kram mungkin berhubungan dengan ketidakseimbangan metabolisme kalsium dan fosfor atau mungkin terjadi akibat tekanan pembesaran uterus pada pembuluh darah panggul atau saraf yang menyerupai tungkai bawah. (Tharpe & faeley, 2012).

- a. Kejang otot yang terlalu keras, sehingga asam laktat yang dihasilkan oleh otot tertimbun dalam darah.
- b. Kurangnya mineral, yakni kalsium dalam darah.
- c. Menyempitnya pembuluh-pembuluh darah halus (kapiler).

d. Gangguan aliran darah akibat pembuluh darah yang tertekan atau pemakaian sepatu yang sempit atau sepatu high heels.

Menurut Sulistyawati, 2012 penyebabnya:

- a. Ketidakseimbangan rasio kalsium/fosfor
- b. Tekanan uterus yang meningkat pada saraf
- c. Kelelahan
- d. Sirkulasi darah yang kurang ke bagian kaki bawah menuju ke jari-jari kaki

Menurut Morgan, (2009) etiologi kram kaki masih belum jelas. Ada beberapa teori, seperti berikut ini:

- a. Ketidak adekuatan atau asupan kalsium
- b. Ketidakseimbangan rasio kalsium/fosfor didalam tubuh
- c. Ketidak adekuatan atau gangguan asupan kalsium atau kehilangan ion K^+ secara berlebihan
- d. Tekanan dari pembesaran uterus pada saraf ekstremitas bawah terjadi terutama pada trimester kedua dan ketiga

3. patofisiologi.

patofisiologi pada penderita kram kaki yaitu adanya kejang otot pada kaki yang terlalu keras, tekanan uterus yang meningkat pada saraf, dan ketidak adekuatan asupan kalsium menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh-pembuluh halus dan ketidakseimbangan rasio kalsium dalam tubuh sehingga sirkulasi darah ke kaki menjadi berkurang dan tubuh kehilangan ion K^+ secara berlebihan (Tharpe & faeley, 2012).

4. Tanda dan gejala.

Riwayat penyakit tromboembolik vena profunda, tanda hormon positif, denyut abnormal pada salah satu atau kedua ekstremitas bawah, kemerahan nyeri tekan, panas, bengkak, dingin, mati rasa, atau pemucatan, pada betis atau kaki. (Morgan dan caroline, 2009)

5. Diagnosis

Diagnosis dapat ditegakkan pada ibu hamil dengan cara anamnesa, dan lakukan pemeriksaan fisik bagian ekstremitas bawah terdapat kram pada telapak kaki.(Mardiana, 2010)

6. Diagnosis banding

Kram kaki jika tidak ditangani terjadi varises atau pembesaran pembuluh bilik vena, ciri-ciri varises yaitu berdiri terlalu lama, sering kram pada kaki. Atau bisa terjadi trombofobilitis. Untuk menegakkan diagnose banding yaitu dilakukan dengan cara melalui pemeriksaan klinis terdiri dari: riwayat keluarga, dan faktor resiko tambahan lainnya, dan dilakukan pemeriksaan fisik atau pemeriksaan penunjang.(Morgan, 2009: Nugroho, 2012)

7. Mencegah kram kaki pada saat hamil menurut Murkof, 2013):

a. Latihan peregangan juga dapat mencegahnya sebelum anda tidur, berdirilah sejauh 60cm dari dinding dan letakkanlah kedua telapak tangan didinding. Condongkanlah tubuh kedepan dengan tumit tetap rapat dilantai. Tahanlah posisi ini selama 10 detik, kemudian lepaskanlah selama 5 detik. Ulangi sebanyak 3 kali.

- b. Untuk meringankan beban yang harus ditopang oleh kaki, naikkanlah kaki sesering mungkin, selingilah waktu beraktifitas dengan waktu beristirahat disiang hari. Lemaskanlah kaki anda secara teratur.
- c. Minumlah sekurang-kurangnya 2 liter air setiap hari
- d. Terapkanlah pola makan seimbang yang mengandung banyak kalsium dan magnesium.

Menurut Syafrudin dkk, (2011) mencegah kram kaki yaitu:

- a. Hindari pekerjaan berdiri dalam waktu lama
- b. Lakukan olahraga ringan, peregangan pada otot betis dan latihan bersila dapat mengurangi kejadian kram
- c. Posisi tidur dengan kaki lurus (menunjuk dengan ujung kaki) dapat meningkatkan kejadian kram kaki, sebaiknya tidur dalam posisi ini
- d. Mengurangi makanan yang mengandung sodium (garam).
- e. Meninggikan posisi kaki, termasuk mengganjal kaki dengan bantal saat tidur.
- f. Mengurut kaki secara teratur dari jari-jari hingga paha.

2.1.8 Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg. Signifikan setiap pengukuran tekanan darah berhubungan dengan usia gestasi dalam kehamilan dan umumnya semakin awal hipertensi terjadi

dalam kehamilan., semakin besar kemungkinan hipertensi tersebut menjadi kronis. (S.Elizabeth Robson, 2013)

Hipertensi ditegakkan pada perempuan yang memiliki tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya setelah pertengahan kehamilan, tetapi tidak mengalami *Proteinuria*. (Gary,2010)

Perhitungan untuk mendeteksi secara dini terjadinya preeklampsia yaitu dengan Mean Arterial Pressor (MAP) yang diperiksa pada usia kehamilan 18-28 minggu dihitung hasil sistol dan sistole dengan nilai normal 70-110 mmHg. Roll Over Test (ROT) diperiksa dengan posisi tidur miring dan terlentang. Hasil pemeriksaan ROT (+) jika perbedaan ≥ 20 mmHg, ROT (-) jika perbedaan < 20 mmHg. Serta perhitungan Indeks Masa Tubuh (IMT) untuk menghitung kenaikan berat badan selama hamil. Hasil normal IMT adalah rendah (19,8), normal (19,8-26,0), tinggi (26,1-29,0), dan obes (>29). (Roumali,2011)

2. Klasifikasi

Klasifikasi yang banyak dipakai diluar negeri maupun diindonesia antara lain :

1.Hipertensi kronik

Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan menetap sampai 2 minggu setelah persalinan.

2. Preeklamsia dan eklamsia

Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah umur 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Sedangkan eklamsia adalah preeklamsia yang disertai dengan kejang-kejang dan atau koma.

3. Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia.

Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia merupakan hipertensi kronik yang disertai dengan tanda-tanda preeklamsia atau hipertensi kronik disertai dengan proteinuria.

4. Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional (disebut juga *transient hypertension*) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsia tetapi tanpa proteinuria. (Sarwono,2014)

3. Patofisiologi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui dengan jelas. Banyak teori telah dikemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satupun teori yang dianggap mutlak benar. Teori- teori yang sekarang banyak dianut adalah :

1. Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapatkan aliran darah dari cabang-cabang arteri uterine dan arteri ovarika.

Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa arteri arkuata dan arteri arkuata member cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis member cabang arteri spiralis. Dengan sebab yang belum jelas, terjadilah invasi trofoblas kedalam lapisan otot arteri spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vascular, dan peningkatan aliran darah pada daerah utero plasenta. Akibatnya aliran darah kejanin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan “remodeling arteri spiralis”.

2. Teori iskemia plasenta, radikal bebas, dan disfungsi endotel

Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan (disebut juga radikal bebas). Oksidan atau radikal bebas adalah senyawa penerima elektron yang tidak berpasangan. Salah satu oksidan penting yang dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksil yang sangat toksis, khususnya terhadap membrane sel endotel pembuluh darah.

4. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium khusus berupa ECG (eko kardiografi), pemeriksaan mata dan pemeriksaan USG ginjal. Pemeriksaan laboratorium lain ialah fungsi ginjal, fungsi hepar, Hb, hematokrit, dan trombosit.
2. Pemeriksaan janin dilakukan pemeriksaan ultrasonografi janin. Bila dicurigai IUGR, dilakukan NST dan profil biofisik.

5. komplikasi

1. Dampak pada ibu

Hipertensi yang diperberat oleh kehamilan akan memberikan tanda:

- a. kenaikan mendadak tekanan darah, yang akhirnya disusul proteinuria
- b. Tekanan darah sistolik > 200 mmHg, dengan akibat segera terjadi oliguria dan gangguan ginjal.

Penyulit hipertensi kronik pada kehamilan adalah:

- a. Solusio plasenta : resiko terjadinya solusio plasenta 2-3 kali pada hipertensi kronik.
- b. *Superimposed* preeklamsia.

2. Dampak pada janin

Dampak pada janin adalah pertumbuhan janin terhambat *intra uterine growth restriction* : IUGR. Insidens *fetaltal growth restriction* berbanding langsung dengan drajat hipertensi yang disebabkan menurunnya perfusi utero plasenta, sehingga

menimbulkan insufisiensi plasenta. Dampak lain pada janin adalah peningkatan persalinan preterm (Sarwono, 2014)

6. Penatalaksanaan

1. Selama kehamilan

Selama kehamilan diberikan terapi antihipertensi, adapun manfaat bagi ibu untuk mengurangi tekanan darah, namun penurunan darah secara teoritis dapat menurunkan perfusi uteroplasenta dan mengganggu janin. Oleh karena itu, pengobatan wanita dengan hipertensi kronis ringan atau sedang tanpa komplikasi yang akan mendapat terapi antihipertensi cukup beralasan, seandainya mereka tidak hamil.

Tabel 2.4

Manfaat dan Resiko Agens Antihipertensi yang diberikan Pada Wanita Hamil

Agens atau golongan	Manfaat	Efek samping	Pengalaman klinis pada kehamilan
Metildopa	Janin: belum cukup bukti untuk menyingkirkan kemungkinan efek mayor pada morbiditas perinatal Ibu: belum cukup bukti untuk menyingkirkan kemungkinan efek mayor pada morbiditas perinatal ibu.	Janin: terbukti tidak menyebabkan gangguan mayor. Ibu: terbukti tidak menyebabkan gangguan mayor.	Banyak
Deuretik	Janin: belum cukup bukti untuk menyingkirkan kemungkinan efek mayor pada morbiditas perinatal ibu. Ibu: belum cukup bukti untuk menyingkirkan kemungkinan efek mayor pada morbiditas ibu.	Janin: terbukti tidak menyebabkan gangguan mayor. Ibu: terbukti tidak menyebabkan gangguan mayor.	Banyak

(Sumber: Obstetri Williams, 2003)

2. Pada saat persalinan

Sikap terhadap persalinan ditentukan oleh derajat tekanan darah dan perjalanan klinik. Bila didapatkan tekanan darah yang terkendali, perjalanan kehamilan normal, pertumbuhan janin normal, dan volume amnion normal, maka dapat diteruskan sampai aterm (Parkland Memorial Hospital, Dallas)

Bila terjadi komplikasi dan kesehatan janin bertambah buruk, maka segeradi terminasi dengan induksi persalinan, tanpa memandang usia kehamilan. Secara umum persalinan diarahkan pervaginam, termasuk hipertensi dengan *superimposed* preeklamsia, dan hipertensi kronik yang tambah berat.

3. Pasca persalinan

Perawatan pasca persalinan sama seperti preeklamsia. Edema serebri, edema paru, gangguan ginjal, dapat terjadi 24-36 jam pasca persalinan. Setelah persalinan 6 jam pertama resistensi (tekanan) perifer meningkat. Akibatnya terjadi peningkatan kerja vertikel kiri. Bila terjadi perdarahan pasca persalinan, sangat berbahaya bila diberi cairan kristaloid ataupun koloid, karena lumen pembuluh darah telah mengalami vasokonstriksi. Tetapi pemberian terbaik bila perdarahan adalah pemberian transfusi darah. (Sarwono, 2014)

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi persalinaan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat

hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba,2010).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif dari serviks dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Varney, 2010).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo,2013)

Dari pendapat para ahli tersebut dikemukakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu,tanpa komplikasi baik maupun janin (Nurasiah dkk,2012).

2.2.2 Fase persalinan

1. Kala I persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10cm). kala I terdiri dari 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai dengan pembukaan 3
- 2) Pada umumnya berlangsung 8 jam

b. Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase yaitu :

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

3) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm. Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2. Kala II persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut dengan pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah :

a. Pembukaan serviks telah lengkap (10cm), atau

b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

3. Kala III persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri. (Prawirohardjo, 2013)

4. Kala IV persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (Nurasiah dkk, 2012).

2.2.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi persalihan

1. *Power*

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi :

1. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris , fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu pace maker darimana gelombang tersebut berasal.

Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrinsik. Ini berarti wanita tidak memiliki kendali

fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu : mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta.

2. Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer. Keinginan mengedan ini disebabkan karena :

- a. Kontraksi otot – otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- b. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat
- c. Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu mengkontraksikan otot – otot perut dan menekan diafragmanya kebawah
- d. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his
- e. Tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir. (Mochtar, 2010)

2. *Passage* (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua yaitu :

a. Bagian keras : tulang panggul

1) Tulang panggul

Tulang panggul terdiri dari empat buah tulang dari :

a). Dua os coxae (tulang pangkal paha)

1). Os ilium (tulang usus) terdiri dari : crista iliaca, spina iliaca anterior superior (SIAS) dan spina iliaca posterior superior (SIPS), spina iliaca posterior inferior (SIPI), spina iliaca anterior inferior (SIAI), incisura ischiadica mayor, linea inominata, corpus os ilii

2). Os ischium (tulang duduk) terdiri dari : spina ischiadica, incisura ischiadica minor, tuber ischiadicum, acetabulum, ramus superior ossis ischia, ramus inferior ossis ischia, corpus os ischia

3). Os pubis tulang kemaluan terdiri dari : foramen obturatorium, ramus superior ossis pubis, ramus inferior ossis pubis, linea illiopectinea, corpus pubis, tuber culum pubicum, arcus pubis, simfisi pubis

4). Os sacrum (tulang kelangkang) terdiri dari : promontorium, foramen sacralia anterior, crista sacralis, vertebra sacralis, ala sacralis, vertebra lumbalis

5). Os coccygeus (tulang tungging) terdiri dari : vertebra coccyges

2). Ruang panggul

Ruang panggul terdiri dari :

a). Pelvis mayor (false pelvis) : bagian diatas pintu atas panggul berkaitan dengan persalinan

b). Pelvis minor (true pelvis) terdiri dari :

1). Pintu atas panggul (PAP) atau disebut pelvic inlet, batasan PAP adalah : promontorium, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior osis pubis, dan pinggir atas atas symphysis pubis.

3). Bidang hodge

Untuk menentukan berapa jauhnya bagian depan anak turun kedalam rongga panggul, maka hodge telah menentukan beberpa bidang khayalan dalam panggul

a). H I : sama dengan pintu atas panggul

b). H II : sejajar dengan H I melalui pinggir bawah symphysis

c). H III : sejajar dengan H I melalui spina ischiadica

d). H IV : sejajar dengn H I melalui ujung os coccyges.

(Nurasiah dkk,2012)

3. *Passenger* (isi kehamilan)

Faktor *passenger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta.

a. Janin

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

sikap, dan posisi janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

b. Air ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang diatas ostium uteri yang menonjol waktu his disebut air ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks.

c. plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan. (Marmi, 2012)

4. Psikologis

Perubahan psikologis pada perilaku ibu, terutama yang terjadi pada fase laten, aktif, dan transisi pada kala 1 persalinan memiliki karakteristik masing – masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalianan.

5. *Physician* (penolong)

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Langkah utama yang harus dikerjakan adalah mengkaji perkembangan persalinan, memberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patologi pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan pada ibu dan keluarga. (Nurasiah dkk,2012)

2.2.4 Perubahan psikologis ibu bersalin

1. Fase Laten

Ibu bisa cemas, Mereka biasanya menghendaki ketegasan mengenai apa yang sedang terjadi pada tubuh mereka maupun mencari keyakinan dan hubungan dengan bidannya. Pada primigravida dalam kegembiraannya dan tidak ada pengalaman mengenai persalinan, kadang mereka salah sangka tentang kemajuan persalinannya, mereka membutuhkan penerimaan atas kegembiraan dan kekuatan mereka (Marmi, 2012).

2. Fase Aktif

Sedangkan menurut Briliana, (2011) beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan sebagai berikut :

- a. Perasaan tidak enak.
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi.

- c. Sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal.
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan.
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- f. Apakah bayinya normal atau tidak .
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya .
- h. Ibu merasa cemas.

Terjadinya perubahan psikologis disebabkan oleh perubahan hormonal tubuh yang menyebabkan ketidaknyamanan pada si ibu. Hormon oksitoksin yang meningkat merangsang kontraksi rahim dan membuat ibu kesakitan. Pada saat ini ibu sangat dan ingin diperhatikan oleh anggota keluarganya atau orang terdekat (Nurasiah dkk, 2012).

2.2.5 Tanda – tanda persalinan sudah dekat

1. Tanda-tanda persalinan

a. Lightening

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

- 1). Kontraksi Braxton hicks.
- 2). Ketegangan otot perut.
- 3). Ketegangan ligamentun rotundum.
- 4). Gaya berat janin kepala kearah bawah.

b. Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan esterogen semakin berkurang sehingga oksitoksin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu :

- 1). Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- 2). Datangnya tidak teratur.
- 3). Tidak ada perubahan serviks.
- 4). Durasinya pendek.
- 5). Tidak bertambah jika beraktivitas.

2. Tanda – tanda persalinan sudah dekat

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- 1). Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
- 2). Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 3). Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- 4). Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah

b. *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil. (Asrinah,2010)

2.2.6 Tanda bahaya persalinan

1. Riwayat bedah besar
2. Perdarahan per vaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah disertai dengan mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda / gejala infeksi
10. Preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primi para dalam fase aktif kala satu persalinan dan kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi majemuk atau ganda
16. Tali pusat menumbung

17. Syok. (Depkes RI, 2010)

2.2.7 Standar asuhan persalinan normal.

Menurut Prawirohardjo, S (2013) 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu :

1. Melihat tanda dan gejala kala II :

Mempunyai keinginan meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

2. Menyiapkan pertolongan persalinan. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker dan kaca mata.

4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5. Memakai sarung tangan dengan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril untuk pemeriksaan dalam

6. Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik dan meletakkan kembali di partus set

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas/kassa yang

sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas/kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bilaselaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu meneran

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu
16. Membuka partus set
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain kassa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi: jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi menganjurkan ibu untuk

meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke atas dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu melahirkan bayi

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit rendah dari tubuhnya (bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi)

26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/IM

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan pengurutan pada tali pusat mulai dari klem ke

arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)

28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut

29. Meringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas ambil tindakan yang sesuai.

30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua

32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

34. Memindahkan klem pada tali pusat.

35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.

Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri . jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan Penegangan Tali Pusat (PTT) dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan PTT selama 15 menit : mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau

forsep DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

39. Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel pada ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik, maka ambil tindakan yang sesuai.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikatkan tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat
45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya.
Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering
48. Mengajarkan ibu untuk mulai memberikan ASI
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri. Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan
53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dokumentasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi Partograf

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi Nifas

Masa Nifas (Puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa Nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Dewi dkk, 2011).

2.3.2 Tahapan masa nifas

Masa Nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan di mana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Yanti, 2011).

2.3.3 Perubahan fisik & adaptasi psikologis masa nifas

1. Perubahan fisiologi masa nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

a). Pengerutan Rahim (Involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic (layu/mati).

b). Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan Rahim selama masa nifas. Mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume berbeda-beda pada setiap wanita.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, yaitu:

1) Lokhea rubra

Keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan berwarna merah yang berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) Lokhea Sanguilenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lokhea Serosa

Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea Alba

Lokhea mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea berwarna putih dan dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

c) Perubahan pada serviks

Segera setelah bayi lahir bentuk serviks agak menganga seperti corong yang disebabkan oleh corpus uteri yang berkontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil yang terjadi selama berdilatasi saat persalinan. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

2. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Pada hari pertama vulva dan vagina dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu sudah kembali dalam keadaan sebelum hamil dan rugae dalam vagina berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol. (Anita, 2014).

2.3.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas.

1. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi.

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, (ibu harus mengonsumsi 3-4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 IU) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya (Heryani, 2015)

2. Kebutuhan Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Early ambulation adalah kebijakan untuk segera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya segera untuk berjalan. Ibu diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum (Yuli, 2015). Aktifitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan sakit menjadi sehat. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat.

3. Miksi (BAK)

Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Kebanyakan Ibu nifas dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena oedem kandung kemih selama persalinan.

4. Defekasi (BAB)

Buang Air Besar biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, diet cair, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB.

5. Personal Hygiene/Perineum.

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan kemudian ke arah anus. Sebelum dan sesudahnya dianjurkan untuk mencuci tangan.

6. Istirahat dan Tidur.

Istirahat yang diperlukan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Dan untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan.

7. Seksual.

Aktifitas seksual aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan/budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seks selama 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri.

8. Perawatan payudara

Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering terutama bagian puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet, oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.

9. Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas yang bertujuan untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendekati sebelum hamil. Senam nifas dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. (Heryani, 2015)

2.3.5 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

1. Tujuan Asuhan Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut (Heryani, 2015) yaitu:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

2. Kunjungan masa nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.5
Kebijakan program pemerintah dalam asuhan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan ; merujuk bila perdarahan berlanjut.3. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.4. Pemberian ASI awal. 1 jam setelah inisiasi menyusu dini (IMD) berhasil dilakukan.5. Memberikan supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus, berjalan normal uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi : misalnya perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjala normal, uterus berkontraksi , fundus di bawah umbilikus , tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, misalnya merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari.
4.	6 minggu setelah persalinan	<p>Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami atau yang terjadi pada bayinya.</p> <p>Memberikan konseling tentang penggunaan KB secara dini.</p>

(Sumber: Lockhart dan lyndon, 2014. Asuhan Kebidanan Masa nifas Fisiologis dan Patologis. Tangerang: Binarupa Aksara)

2.3.6 Tanda bahaya masa nifas

Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan (Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2006). Oleh karena itu, penting bagi bidan/perawat untuk memberikan informasi dan bimbingan pada ibu untuk dapat mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas yang harus diperhatikan.

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

1. Demam tinggi hingga melebihi 38°C.
2. Perdarahan vagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan penggantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.
3. Nyeri perut hebat/rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung, serta nyeri ulu hati.
4. Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah penglihatan.
5. Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan.
6. Rasa sakit, merah, atau bengkak dibagian betis atau kaki.
7. Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam.
8. Puting payudara berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui.
9. Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.
10. Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
11. Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil.
12. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri-Sendiri

2.3.7 Ketidaknyamanan pada masa nifas.

Ketidaknyamanan yang dapat terjadi, diantaranya :

1. Belum berkemih.

Penanganan : dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya. Jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi

2. Sembelit.

Penanganan : dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini, masalah sembelit akan berkurang

3. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi.

Penanganan : setelah 24 jam post partum, ibu dapat melakukan rendam duduk untuk mengurangi keluhan. Jika terjadi infeksi, maka diperlukan pemberian antibiotika yang sesuai dibawah pengawasan dokter (Farmakologi Depkes ri, 2011).

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. (Marmi dan Rahardjo, 2015)

2.4.2 Ciri-Ciri Bayi baru lahir normal.

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 120 – 160 x/menit.
6. Pernafasan \pm 60 x/menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
9. Kuku agak panjang dan lemas.
10. Genetalia :
 - a. perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
 - b. laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetan sudah baik
13. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
14. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Marmi dan Rahardjo, 2015)

2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus.

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah dengan bayi memulai segera pernafasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstrauteri. Terdapat beberapa adaptasi pada sitem tubuh bayi untuk mempertahankan kehidupan ekstrauteri, diantaranya:

1. Sistem Pernafasan.

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh rangsangan

lainnya. Semua ini menyebabkan perangsangan pusat pernafasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernafasan lainnya. Frekuensi pernafasan bayi baru lahir berkisar 30-60 x/menit. (Sondakh, 2013)

2. Sistem Kardiovaskuler.

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan oksigen. Sebaliknya tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini menyebabkan penurunan resistensi pembuluh darah dan arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat terpotong aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup. Sirkulasi perifer yang lambat menyebabkan akrosianosis pada tangan, kaki dan sekitar mulut. Denyut nadi berkisar 120-160 x/menit saat bangun dan 100 x/menit saat tidur. Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi. (Sondakh, 2013)

3. Termoregulasi dan metabolik.

Sesaat setelah bayi lahir, ia akan berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui:

- a. Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal

ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- b. Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.
- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).
(Kemenkes RI, 2010)

Bayi dapat kehilangan panas sebanyak 200 kalori/kgBB/menit, sementara pembentukan panas yang dapat diproduksi tubuh hanya sepersepuluh daripada yang tersebut diatas dalam waktu yang

bersamaan. Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya dalam *Natural thermal environment* yaitu suhu lingkungan rata-rata dimana produksi panas, pemakaian oksigen dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal. (Sondakh, 2013)

4. Sistem Neurologis.

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna, bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat, saat bayi tumbuh perilaku yang lebih kompleks akan berkembang. Reflek bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. (Sondakh, 2013)

5. Sistem gastrointestinal.

Enzim-enzim deigestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstruteri pada kehamilan 36-38 minggu. Perkembangan otot dan reflek yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir, pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, namun pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.

Pengeluaran mekonium yaitu feses dengan warna hitam kehijauan, lengket dan mengandung darah samar diekskresikan

dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir. Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.

Oleh karena itu kadar gula darah tali pusat 65 mg/100 ml akan menurun menjadi 50 mg/100 ml dalam waktu 2 jam setelah lahir, energi tambahan yang dibutuhkan neonatus pada jam-jam pertama kelahiran didapatkan dari metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120 mg/100 ml bila terdapat gangguan metabolisme maka bayi akan mengalami hipoglikemia. (Sondakh, 2013)

6. Ginjal

Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan karena tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama dan 2-6 kali sehari pada 1-2 jam pertama, setelah itu 5-20 kali dalam 24 jam. Urine dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan dapat diamati pada popok karena kristal asam urat.

7. Hati

Selama periode neonatus hati memproduksi zat esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskuler dan

menerobos jaringan ekstrasvaskuler lainnya mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau ikterus. (Sondakh, 2013)

2.4.4 Tanda bahaya bayi baru lahir.

1. Tidak dapat menyusu.
2. Kejang.
3. Mengantuk atau tidak sadar.
4. Nafas cepat (>60 x/menit).
5. Merintih.
6. Retraksi dinding dada bawah.
7. Sianosis sentral. (Rukiyah dkk, 2013)

2.4.5 Asuhan bayi baru lahir normal.

1. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - a. Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - b. Ganti handuk/kain yang basah, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
 - c. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
 - d. Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi.
 - e. Apabila suhu bayi kurang dari 36,5 °C, segera hangatkan bayi.
2. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.

- a. Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas ibu dan bayi baru lahir dan ikatan batin dan pemberian ASI.
 - b. Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tetap siap dengan menunjukkan rooting reflek. Jangan paksakan bayi untuk menyusui.
 - c. Jangan pisahkan bayi sedikitnya satu jam setelah persalinan.
3. Menjaga pernafasan.
- a. Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit.
 - b. Jika tidak bernafas, lakukan hal – hal sebagai berikut : keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat, gosoklah punggung bayi dengan lembut.
 - c. Jika belum bernafas setelah satu menit mulai resusitasi.
 - d. Bila bayi sianosis/kulit biru, atau sukar bernafas/ frekuensi pernafasan $30 > 60$ kali/ menit, berikan oksigen dengan kateter nasal
4. Merawat mata.
- a. Berikan eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1 %, untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia, atau
 - b. Berikan tetes mata perak nitrat atau Neosporin segera setelah lahir. (Sudarti dkk, 2010)
5. Kunjungan Neonatal
- a. Kunjungan Neonatal ke satu (KN 1)

Kunjungan Neonatal yang ke satu adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)

b. Kunjungan Neonatal ke dua (KN 2)

Kunjungan Neonatal yang ke dua adalah kunjungan neonatal yang kedua kali yaitu pada hari kedelapan sampai hari ke duapuluh delapan.

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007

1. Pengertian Standar Asuhan Kebidanan.

Standar Asuhan kebidanan adalah 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 diagnose dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

2. Langkah-langkah Proses manajemen kebidanan.

- a. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.
- b. Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah.

- c. Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.
- d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.
- e. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek sosial yang efektif.
- f. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.
- g. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

a. Standar I : Pengkajian

1) Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

1) Data tepat, akurat dan lengkap

Terdiri dari data Subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya). Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

c. 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 diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan diagnose 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.

d. Standar III : Perencanaan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang dilegakkan.

2) Kriteria Perencanaan.

- a) Rencanakan tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan kebidanan komprehensif.
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c) Mempertimbangan kondisi psikologi, social 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.

e. 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 :

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- c) Melaksanakan 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 telah dilakukan.

f. Standar : V

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 keluarga.

c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

d) Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

g. 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 subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- d) O adalah hasil obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnose 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 rujuk